

ITSEMURHAN TEHNEIDEN HENKILÖIDEN LÄHEISTEN TUKEMINEN ITSEMURHAN JÄLKEEN

Mervi Krook

Ansa Pilvesvuori-Jauhiainen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011

Hoitotyö

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



| | | |
|--|----------------------------------|---|
| Tekijä(t) KROOK, Mervi PILVESVUORI-JAUHIAINEN, Ansa | Julkaisun laji Opinnäytetyö | Päivämäärä 09.05.2011 |
| | Sivumäärä 46 | Julkaisun kieli Suomi |
| | Luottamuksellisuus () saakka | Verkojulkaisulupa myönnetty (X) |
| Työn nimi OPINNÄYTETYÖN NIMI ITSEMURHAN TEHNEIDEN HENKILÖIDEN LÄHEISTEN TUKEMINEN ITSEMURHAN JÄLKEEN | | |
| Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma | | |
| Työn ohjaaja(t) KUHANEN, Carita OITTINEN, Pirkko | | |
| Toimeksiantaja(t) Perusturvaliikelaitos Saarikka, Saarijärven terveysasema, poliklinikka | | |
| Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella, millaista tukea läheiset tarvitsivat itsemurhan jälkeen. Kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa tietoa kerätään ja analysoidaan rajatun aiheen mukaan. Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat, että itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisissä itsemurha aiheutti monenlaisia tunteita, reaktioita ja tarpeita. Yleisimmät tunteet olivat masennus ja ahdistus. Itsemurhan tehneen henkilön läheiset kokivat tärkeimpänä tuenantajina oman sosiaalisen verkostonsa, omaiset ja muut läheiset ihmiset. Läheiset kokivat terveydenhuoltojärjestelmän tarjoaman avun usein riittämättömäksi ja sopimattomaksi. Vertaistuen tarve korostui itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisten keskuudessa. Johtopäätöksinä todettiin, että itsemurhan tehneiden läheisille oli tarjolla paljon erilaisia tukimuotoja, mutta avun tarjoajat ja tarvitsijat eivät useinkaan kohdanneet oikea-aikaisesti. Itsemurhan aiheuttama surutyö oli yksilöllinen ja monimuotoinen kokemus, ja surevia olisi tulevaisuudessa tuettava nykyistä tehokkaammin ja oikea-aikaisesti. Tavoitteena oli arvioida ja koota tietoa kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta Perusturvaliikelaitos Saarikalle, Saarijärven terveysaseman poliklinikalle, jotta siellä tuetaan paremmin itsemurhan tehneen henkilön läheistä. | | |
| Avainsanat (asiasanat) Itsemurha, Läheiset, Läheisten tukeminen, Surutyö, Kirjallisuuskatsaus | | |
| Muut tiedot - | | |



| | | |
|--|---|---|
| Author(s) KROOK, Mervi | Type of publication Bachelor's / Master's Thesis | Date 09.05.2011 |
| PILVESVUORI-JAUHIAINEN, Ansa | Pages 46 | Language Finnish |
| | Confidential () Until | Permission for web publication (X) |
| Title The support of close friends and family members after suicide | | |
| Degree Programme Degree Programme in Nursing | | |
| Tutor(s) KUHANEN, Carita OITTINEN, Pirkko | | |
| Assigned by Perusturvallielaitos Saarikka, The Hospital of Saarijärvi | | |
| <p>Abstract</p> <p>The purpose of the study, based on the results of a literature review, was to describe what kind of support close friends and family members need after a suicide. A literature review is a scientific research method that is based on the collection of pre-existing data and assessment of the quality of the data.</p> <p>The results of the literature review indicated that suicide caused a variety of emotions, reactions and needs. The most common feelings were depression and anxiety. The most important support came from the target group's own social network, family members and other close friends. They also experienced that help from public health care was often insufficient and inappropriate. The need of peer support was apparent.</p> <p>The conclusion is that there were plenty of forms of support, but the support providers and those who needed it did not often meet at the right time. Grieving caused by suicide was an individual and multidimensional experience, and the grievors should be supported more efficiently and at the right time in the future.</p> <p>The aim was to assess and to collect information based on the results of a literature review for the Public Utility of Basic Security, Saarikka, The Hospital of Saarijärvi city, in order to improve the support given to close friends and family members.</p> | | |
| Keywords Suicide, family members and close friends, support, sorrow work, literature review | | |
| Miscellaneous - | | |

Sisältö

| | |
|---|----|
| 1. JOHDANTO | 3 |
| 2. ITSEMURHA | 5 |
| 2.1 Itsemurhan riskitekijät | 5 |
| 2.1.1 Yleisiä riskitekijöitä | 5 |
| 2.1.2 Itsetuhokäyttäytyminen ja mielenterveyshäiriöt | 6 |
| 2.1.3 Työ, työttömyys ja taloudellinen turvattomuus | 8 |
| 2.1.4 Ihmissuhteet ja somaattiset sairaudet | 8 |
| 2.2 Itsemurhan esiintyvyys ja tekotavat | 9 |
| 3. ITSEMURHAN TEHNEIDEN HENKILÖIDEN LÄHEISTEN TUKEMINEN ITSEMURHAN JÄLKEEN | 10 |
| 3.1 Kriisin vaiheet | 10 |
| 3.2 Itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisille tarjolla olevat tukimuodot | 12 |
| 3.2.1 Läheisten tuki | 12 |
| 3.2.2 Julkisen sektorin tuki | 13 |
| 3.2.3 Vertaistuki, sururyhmät ja seurakunnan tuki | 14 |
| 3.2.4 Paikallinen kriisipalvelu | 16 |
| 3.3 Liitot ja järjestöt | 18 |
| 4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE | 19 |
| 5. KIRJALLISUUSKATSAUS | 20 |
| 5.1 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä | 20 |
| 5.2 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen | 20 |
| 5.3 Alkuperäistutkimusten haku | 22 |
| 6. TULOKSET | 26 |
| 6.1 Millainen on itsemurhan aiheuttama surutyö? | 26 |
| 6.1.1 Itsemurhan aiheuttamat reaktiot läheisissä | 26 |
| 6.1.2. Itsemurhan aiheuttamat tunteet läheisissä | 27 |
| 6.2 Millaista tukea läheiset tarvitsevat itsemurhan jälkeen? | 30 |

| | |
|--|----|
| 6.2.1Tuen muodot | 30 |
| 6.2.2 Tukikanavat | 35 |
| 6.3 Miten läheiset ovat kokeneet saamansa tuen? | 36 |
| 7. POHDINTA | 38 |
| 7.1 Tulosten tarkastelua | 38 |
| 7.2 Luotettavuus ja eettisyys | 43 |
| 8. LÄHTEET | 44 |
| TAULUKKO 1. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan tulevat tutkimukset ja artikkelit | 24 |

1. JOHDANTO

Suomessa tehdään itsemurhia vuosittain noin 1100 (Uusitalo 2006, 3).

Miesten itsemurhakuolleisuus on vähentynyt viimeisen parinkymmenen vuoden aikana. Miesten itsemurhia oli 630 vuonna 2009, mikä oli 47 edellisvuotta vähemmän. Naisten itsemurhakuolleisuus on pysynyt suunnilleen samansuuruisena viimeiset vuosikymmenet. Vuonna 2009 naisten itsemurhia oli 232, johon tuli lisäystä 42 edellisvuoteen verrattuna. (Tilastokeskus, 2009.)

Suomen itsemurhakuolleisuus sijoittuu kansainvälisesti Länsi- ja Itä-Euroopan välimaastoon (Lönnqvist 2005). Maassamme itsemurhakuolleisuus on poikkeuksellisen suurta kansainvälisesti vertaillen alle 35-vuotiaiden miesten keskuudessa (Marjamäki 2007, 11). Itsemurhien vuoksi menetetään joka vuosi noin 20 000 odotettavissa olevaa työikäisen elinvuotta, joten kansantaloudelliset menetykset ovat vuosittain mittavat (Lönnqvist 2005). Suomessa itsensä surmaaminen, eli omaehtoinen kuolema, on neljänneksi yleisin työikäisten kuolinsyy (Uusitalo 2007, 13).

Yleensä itsemurhan taustalla on mielenterveysongelmia ja elämän kriisejä (Laine 2009, 4). Itsemurhien ehkäisemiseksi on tärkeää havaita ja hoitaa masennus ja muut mielenterveydenhäiriöt asiallisesti. Lisäksi pitää havaita akuutit elämänkriisit ja tarjota asiantuntevaa apua sitä tarvitsevalle. Myös somaattiset sairaudet tulee hoitaa tehokkaasti, koska esimerkiksi sairaudesta johtuvan pitkäaikaisen kivun on todettu aiheuttavan itsetuhoisuutta. (Lönnqvist 2005.)

Itsemurha on hyvin traumaattinen tapahtuma, ja on kuolemansyynä juuri siksi erityisasemassa. Se aiheuttaa läheisissä ihmisissä ahdistusta, syyllisyyttä ja häpeää. (Laine 2009, 5.) Uusitalon (2007, 4) mukaan itsemurha koskettaa noin kymmentä lähiomaista. Ainakin viisi läheistä ihmistä jää suremaan itsemurhan tehnyttä henkilöä WHO:n kansainvälisen arvion mukaan (Marjamäki 2007, 15).

Tärkeää on lievittää itsemurhan kielteisiä jälkivaikutuksia (Lönnqvist 2005). On todettu, että itsemurhan tehneiden omaiset ovat erityisessä vaarassa

tehdä itsemurha (Solomon 2002, 339). Tämän vuoksi jo itsemurhia tulee ehkäistä, jakamalla tietoa ja saattaa itsemurhan tehneiden omaisia avun piiriin, sekä tarjota kriisitukea heti itsemurhan kohdatessa (Lönnqvist 2005).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuden pohjalta, millaista tukea itsemurhan tehneen läheiset tarvitsevat itsemurhan jälkeen. Tavoitteena oli arvioida ja koota tietoa kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta Perusturvaliikelaitos Saarikalle, Saarijärven terveysaseman poliklinikalle, jotta siellä tuetaan paremmin itsemurhan tehneen henkilön läheistä.

2. ITSEMURHA

Suomessa käytetään vuoden 1974 WHO:n määrittelemää käsitystä itsemurhasta. Kuolemantapaus on seurausta henkilön itsensä vahingoittamisesta, joka ei johdu tapaturmasta. (Laine 2007, 3.) Maamme kansallisessa itsemurhien ehkäisyprojektissa käytetään määritelmää, jonka mukaan itsemurha on kuolemantapaus, joka on oikeuslääketieteellisesti määritelty itsemurhaksi (Marjamäki 2007, 15). Uusitalo (2006, 13) käyttää väitöskirjassaan itsemurhasta nimitystä omaehtoinen kuolema. Tässä opinnäytteessä käytämme itsemurha sanaa.

Itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisille on tarjolla Suomessa monenlaisia tukea. Tarjolla on virallista, niin terveydenhuoltojärjestelmän tarjoamaa tukea kuin epävirallisten tahojen tarjoamaa vertaistukea. Läheisten tukeminen voi olla keskusteluavun tarjoamista tai käytännön asioissa tukemista. (Saarinen, Hintikka, Lehtonen & Lönnqvist 2001; Lönnqvist 2011) Tässä työssä tarkoitamme läheisten tukemisella kaikkea niitä toimintoja, joiden tarkoituksena on edesauttaa itsemurhan kokeneen henkilön selviytymistä. Tuen antaja voi olla virallisesta tahosta surevan omaisiin.

2.1 Itsemurhan riskitekijät

2.1.1 Yleisiä riskitekijöitä

Itsemurhat jakaantuvat väestöryhmittäin ja alueittain epätasaisesti. Itsemurhan riskitekijöihin kuuluvat naimattomuus, miessukupuoli ja avioero. Lisäksi itsemurhavaaraa lisäävät leskeksi jääminen, matala koulutustaso ja siitä johdettu heikko sosiaalinen asema. (Lönnqvist 2009.) Myös Duodecim- verkkokirjaston mukaan yksin asuminen, miessukupuoli, työttömyys ja huono sosioekonominen asema ovat itsemurhan riskitekijöitä (Hiltunen, Partonen, Haukka & Lönnqvist 2009).

Lisäksi aiemmat itsemurhayritykset ja itsemurhat läheisillä henkilöillä ovat itsessään riskitekijöitä (Hiltunen ym. 2009). Myös Solomonin mukaan itsemurhan tehneiden omaiset kuuluvat riskiryhmään, ja tekevät itsemurhan muita todennäköisemmin (Solomon 2002, 339). Lisäksi Henttosen (2007,15) mukaan itsemurhan tehneiden läheisten suvuissa on muita ihmisiä enemmän itsetuhokäyttäytymistä. Hiltunen ym. (2009) ovat todenneet, että itsemurha voi johtua henkilön taustasta ja menneisyydessä tapahtuneista asioista. Itsemurha-alttiutta nostaa myös läheisen hiljattainen kuolema tai esimerkiksi konkurssi. Vaikutuksensa on myös yleisellä kulttuurin ilmapiirillä ja yhteiskunnan olosuhteilla.

2.1.2 Itsetuhokäyttäytyminen ja mielenterveyshäiriöt

Kliinisesti itsemurhaa ennustavia riskitekijöitä ovat itsetuhoajatusten ilmaiseminen ja aiempi itsetuhokäyttäytyminen. Itsemurhan tehneistä noin puolet on yrittänyt itsemurhaa aiemmin. Naisilla itsemurhayrityksiä on miehiä useammin. Ensimmäiseen yritykseen kuolee noin puolet itsemurhan tehneistä. Useimmat henkilöt ovat viestittäneet jollakin tavalla ympäristölleen itsemurha-aikeista, mutta viestejä ei useinkaan ole ymmärretty oikein. Vuoden kuluessa todennäköisyys edellisestä yrityksestä uuteen itsemurhayritykseen on 15 -20 prosenttia. Toisaalta todennäköisyys on vain 1 -2 prosenttia kuolemaan johtaviin yrityksiin. Itsemurhan todennäköisyys viiden vuoden aikana on 5 -10 prosenttia. (Lönngqvist 2009.)

Masennus on tärkein itsemurhiin liittyvä tekijä. Sairastaessa vakavaa masennusta on elämänaikainen itsemurhariski 15 prosenttia. Elämänaikainen itsemurhavaara avohoidon lievää depressiota sairastavilla on hieman korkeampi muuhun väestöön verrattuna. Kaksi kolmasosaa itsemurhan tehneistä on sairastanut depressiota. (Lönngqvist 2009.) Uusitalon (2006, 19) mukaan lähes puolella itsemurhan tehneistä naisista on ollut masennus.

Yli 500 masennuspotilasta tekee vuosittain maassamme itsemurhan. Ennen itsemurhaa depression hoito ja itsemurhavaaran kartoitus on ollut puutteel-

lista. Yleensä itsemurhan tehneillä on komplisoitunut, vaikea depressio, johon liittyy samanaikaisesti muita ongelmia, kuten päihdeongelmia ja persoonallisuushäiriöitä. (Lönnqvist 2009.) Uusitalon (2007, 15) mukaan lievää masennusta sairastavista itsemurhaan ajautuu 2-4 %, ja keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta sairastavista noin 15- 20 %. Useat Suomen mielenterveysseuran Itsemurhan voi ehkäistä - tiedonkeruukampanjaan itsemurhaa harkinneista ja itsemurhan tehneiden omaisista vastasi masennuksen liittyvän tekoon ja sen harkintaan. Heidän mielestään masennuksen tunnistaminen ja hoito oli puutteellista. Avuntarjoaminen oli usein lääkkeiden tarjoamista keskusteluavun sijaan. (Suomen mielenterveysseura ry 2008.)

Päihdeongelma on toinen tärkeä riskiryhmä. Elämänaikainen itsemurhakuolleisuus alkoholismia sairastavilla on 5 -10 prosenttia. Alkoholiongelma on joka toisella itsemurhan tehneistä miehistä, ja alkoholin riippuvuusongelma joka kolmannella miehellä. (Lönnqvist 2009.) Myös Uusitalon (2006, 18) mukaan alkoholin käytön on arvioitu liittyvän noin puoleen itsemurhasta, ja jopa neljäsosa alkoholistien kuolemista on itsemurhia. Viimeisen ihmissuhteen katketessa miesalkoholistien itsemurhavaara on erityisen suuri. Alkoholin kulutuksen lisäys on kasvattanut työikäisten miesten itsemurhakuolemia sodanjälkeisessä Suomessa 10 prosentilla jokaista kokonaiskulutuksen litran lisäystä kohden. Tämä suuntaus on lieventynyt 1990- luvulta lähtien. Myös huumeriippuvuuteen liittyy itsemurhakuolleisuus. (Lönnqvist 2009.) Itsemurhan voi ehkäistä – kampanjaan vastanneilla usean ongelmana olivat myös alkoholin, huumeiden ja lääkkeiden sekakäyttö (Suomen mielenterveysseura ry 2008).

Psykoottiset henkilöt muodostavat kolmannen tärkeän riskiryhmän, ja heistä erityisesti skitsofreniaa sairastavat. Itsemurhan tehneistä psykoosipotilaiden osuus on 25 prosenttia, ja skitsofreniaa sairastavien osuus on noin 10 prosenttia. Kohonnut itsemurhavaara liittyy psykooseihin kaikissa taudin vaiheissa. Psykoosipotilailla itsemurhavaara nousee sairauden ja hoitojen muutosvaiheissa. Sairaalasta kotiutumisen jälkeen on myös suurempi riski tehdä itsemurha. Tärkeän riskiryhmän muodostavat myös persoonallisuushäiriöiset. Heillä tilanteen tekevät vaikeaksi kasaantuvat ongelmat ja kielteisiin elämänmuutoksiin johtava käyttäytyminen. Persoonallisuushäiriöitä sairasta-

vat ovat usein myös masentuneita ja päihdeongelmaisia, mikä osaltaan huonontaa ennustetta. (Lönngqvist 2009.)

2.1.3 Työ, työttömyys ja taloudellinen turvattomuus

Useat Itsemurhan voi ehkäistä - kampanjaan vastanneista kertoi kärsivänsä työuupumuksesta ja työpaikkakiusaamisesta. Työssä koettiin olevan kohtuuttomia vaatimuksia. Sairauslomaa ei uskalleta ottaa ja masennuksesta on vaikea puhua. Tärkeää olisi kouluttaa esimiehet ja työtoverit tunnistamaan työuupumuksen oireet, ja koko työyhteisön on tehtävä tarvittavia työskentelytapojen muutoksia. (Suomen mielenterveysseura ry 2008.)

Toisaalta työttömäksi jääminen ja konkurssi olivat aiheuttaneet kohtuutonta stressiä vastanneille. Työn menetys sai aikaa tarpeettomuuden, häpeän ja kasvojen menetyksen tunteen. Samalla se toi elämän katkeamisen tunteen. Toisaalta nykyään on paljon lyhyitä työsuhteita, että ihmiset ovat tottuneet pitämään ajoittaista työttömyyttä normaalina asiana (Suomen mielenterveysseura ry 2008.) Laman aikana itsemurhat lisääntyivät, joten taloudellinen turvattomuus lisää itsemurhien määrää (Itsemurhan tehneiden läheiset ry 2010).

2.1.4 Ihmissuhteet ja somaattiset sairaudet

Useat Itsemurhan voi ehkäistä – kampanjaan vastanneista, varsinkin naiset, olivat jo lapsuudesta asti vastanneet muiden ihmisten tarpeisiin. He olivatkin uupuneet muiden vaatimusten edessä ja oli vaikea asettaa omia tarpeita muiden edelle. Lisäksi he olivat oppineet elämässään ottamaan suurta vastuuta ja kantamaan muiden huolia. Erosta johtuvat hylkäämisen kokemukset olivat myös musertavia. Sosiaaliset suhteet olivat myös pinnallisia, joissa henkilöt kokivat yksinäisyyttä. Lisäksi useat vastanneista olivat kokeneet henkistä väkivaltaa ja seksuaalista hyväksikäyttöä, mikä myöhemmässä

elämän vaiheessa purkautui itsetuhoisuutena ja läheisten itsemurhana. (Suomen mielenterveysseura ry 2008.)

Elämästä luopumisen ajatuksia olivat saaneet aikaan myös pitkäaikaiset kivut ja puutteellinen kivunhoito. Lisäksi sairauksiin liittyi monia muita tekijöitä, joista henkilöt olisivat halunneet saada ajoissa tietoa. (Suomen mielenterveysseura ry 2008.) Vanhemmilla itsemurhan tehneillä henkilöillä erilaiset somaattiset sairaudet ovat yleisiä (Itsemurhan tehneiden läheiset ry 2010).

2.2 Itsemurhan esiintyvyys ja tekotavat

Itsemurhat kuolinsyynä alkavat ilmetä nuoruusikäisillä, mutta lapsena niitä ei juurikaan tehdä. Suomessa itsemurhien suhteen tilanne on erilainen verrattuna muihin maihin. Maassamme nuoret aikuiset miehet tekevät itsemurhia yhtä paljon kuin vanhemmat miehet, toisin kuin muissa maissa. Naisten itsemurhat lisääntyvät iän myötä, ja se pienenee myöhäisen keski-ikäen jälkeen. Itä- ja Pohjois-Suomessa itsemurhat ovat olleet jo vuosikymmenten ajan yleisempiä kuin muualla Suomessa. Itsemurhakuolleisuus on selvästi pienempää Pohjanmaalla ja ruotsinkielisen väestön keskuudessa. Itsemurhariskiryhminä ovat korostuneet maaseudun haja-asutusalueilla asuvat miehet ja Etelä-Suomen ja kaupungeissa asuvat naiset. (Lönngqvist 2009.)

Miehet käyttävät naisia useammin niin sanottuja ”varmoja” itsemurhamenetelmiä, joilla todennäköisemmin kuolee. Yleisimpiä miesten käyttämiä menetelmiä ovat hirttäytyminen, ampuma-aseiden käyttäminen sekä myrkyttäytyminen. Naisten yleisimpiä itsemurhamenetelmiä ovat myrkyttäytyminen, hirttäytyminen ja hukuttautuminen. (Lönngqvist 2005.)

3. ITSEMURHAN TEHNEIDEN HENKILÖIDEN LÄHEISTEN TUKEMINEN ITSEMURHAN JÄLKEEN

3.1 Kriisin vaiheet

Henkilön kohdatessa jotain järkyttävää, ilman ennakkovaroitusta, on ensireaktio *psykykinen sokki*. Psykykisessä sokissa henkilön olo voi olla epätodellinen, ja kaikki tapahtuu kuin elokuvassa. Psykykisessä sokissa mieli suojaa henkilöä sellaiselta tiedolta ja kokemukselta, jota ei pystytä ottamaan vastaan eikä kestäämään. (Saari 2003, 42.) Myös Poijulan (2002, 40) mukaan trauman ensireaktio on sokki ja turtumus. Lisäksi henkilö voi kokea itsensä ja ympäristönsä outona ja epätodellisena.

Psykykinen sokki on henkiinjäämisreaktio. Sokissa ollessa myös aikakäsitys muuttuu. Odottaessa esimerkiksi poliisin tuloa, aika tuntuu pitkälle. Jos tekemistä on paljon, aika tuntuu lyhyeltä. (Saari 2003, 44.)

Sokkivaiheen jälkeen tulee *reaktiovaihe*. Reaktiovaiheeseen siirrytään, kun uhka on ohitse, ja henkilö kokee olonsa turvalliseksi. Reaktiovaiheessa henkilö tulee tietoiseksi tapahtuneesta, ja sen merkityksestä omalle elämälle. Esiin pyrkivät myös monenlaiset tunteet, kuten viha, häpeä, ahdistus ja syyllisyys. (Saari 2003, 52- 53.) Poijulan (2002, 43 - 44) mukaan surevissa henkilöissä esiintyy erilaisia tunnereaktioita, kuten syyllisyyttä, häpeää, ahdistusta, turvattomuutta ja pelkoa.

Reaktiovaiheessa ilmenevät useat somaattiset reaktiot. Yleensä fyysinen reagointi alkaa vapinalla. Muita yleisiä reaktioita ovat, sydämentykytys, pahoinvointi, lihassäryt, huimaus ja väsymys. Väsymys on sen kaltaista, ettei se mene nukkumalla ohitse. Lisäksi usealla henkilöllä on univaikeuksia tai liikaunisuutta. (Saari 2003, 55- 56.)

Reaktiovaiheen jälkeen tulee *työstämis- ja käsittelyvaihe*. Tässä vaiheessa henkilö ei ole enää halukas puhumaan tapahtuneesta, vaan tapahtuman prosessointi tapahtuu omassa mielessä. Käsittelyprosessi hidastuu, ja pro-

sessin etenemistä on vaikea huomata. Tämän vaiheen tarkoituksena on menetetyistä luopuminen ja sureminen. Tämä vaihe usein mielletäänkin varsinaiseksi surutyöksi. Myös tapahtunut aletaan hyväksyä, ja tapahtunutta käydään lävitse tunne- ja asiasisältöjen kautta. (Saari 2003, 60- 64.)

Viimeinen vaihe on *uudelleen orientoitumisen vaihe*. Tapahtuma hyväksytään osaksi elämää, ja sopeudutaan tapahtuman tuottamiin muutoksiin. Tämän vaiheen lopputuloksena on tapahtuman tuleminen levolliseksi ja tietoisiksi osaksi omaa itseä. Tapahtuma ei ole enää jatkuvasti mielessä, sitä voi joka ajatella tai olla ajattelematta. Kuitenkin vielä uudet menetykset voivat tuoda uudelleen esille aikaisempien vaiheiden tuntemuksia. Tavoitteena on tapahtuman läpityöstäminen. (Saari 2003, 67- 68.)

Poijulan (2002, 48) mukaan kriisi etenee kuoleman ja realiteettien kohtaamiseen. Henkilön suru on ainutlaatuista, ja vain henkilö tietää miltä hänestä tuntuu. Toinen henkilö ei voi ennalta määrätä kuinka surraan. Sureva kokee myös hyvin erilaisia tunteita. Koettu traumaattinen tapahtuma hyväksytään, ja menetyksen tunne nousee esille. Ajatukset suuntautuvat kuitenkin tulevaisuuteen, ja surun viimeistä vaihetta Poijula kuvaa uudelleen organisoitumiseksi tai hyväksymiseksi.

Poijulan (2002, 11) mukaan surun ainoa hoito on sureminen. Surukokemukseen vaikuttaa surevan henkilön persoonallisuus ja aiemmat menetykset. Lisäksi sillä on merkitystä, millaisista menetyksistä aiemmin on ollut kysymys ja miten niihin on saatu tukea.

Poijula (2002, 11) toteaa kirjassaan, että menetys voi johtaa myös myönteisiin elämänmuutoksiin. Henkilön tehdessä surutyötään, hänellä on mahdollisuus laittaa elämänsä uudelleen tärkeysjärjestykseen, mikä voi lujittaa perhe- ja ystävyysuhteita.

Henkilö jouduttua kokemaan tai näkemään jotain hyvin traumaattista, voi siitä kehittyä trauman kokeneelle *traumaperäinen stressihäiriö*. Trauma on aiheuttanut henkilölle voimakasta pelkoa, kauhua ja avuttomuutta. Henkilö pyrkii torjumaan ja välttämään tietoisuudestaan traumaattisesta tapahtumasta muistuttavia asioita, kuten tapahtumaa muistuttavia paikkoja, henkilöitä ja keskusteluja. Välttäminen johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen ja tulevaisuu-

den näkymät voivat kaventua. Autonominen hermosto aktivoituu ja aiheuttaa fyysisiä oireita, kuten hikoilua, sydämentykytystä ja verenpaineen kohoamista. Lisäksi henkilö voi olla ylivireinen ja jatkuvasti varuillaan, mikä ilmenee ärtyisyytenä, uni- ja keskittymisvaikeuksina. Henkilöllä voi myös olla painajaisia, psyykkistä turtuneisuutta ja mielenkiinto elämään vähenee. Kyseiset oireet voivat ilmetä lievänä ja olla ohimeneviä. Oireiden jatkuessa pitkään masennuksen, päihdeongelmien ja unihäiriöiden riski kasvaa. Traumaperäinen stressihäiriö invalidisoi henkilön ja voi johtaa työkyvyttömyyteen. Oireiden pitkittyessä on käännäyttävä ammattiauttajien puoleen. (Huttunen 2010.)

3.2 Itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisille tarjolla olevat tukimuodot

3.2.1 Läheisten tuki

Itsemurhamenetykseen sopeutumisen ja selviytymisen yksi tärkeimmistä asioista on läheisiltä ihmisiltä saatava tuki. Läheisiltä saatava tuki ei kuitenkaan ole itsestäänselvyys. Usein läheisensä itsemurhan vuoksi menettäneet kertovat ystäviensä ja tuttaviansa kaikonneen hädän hetkellä. Syynä lienee surevan kohtaaminen, mikä ei ole helppoa. Läheiset kokevat usein avuttomuutta ja hämmennystä kuolemasta. Yleensä ulkopuoliset ihmiset ajattelevat, etteivät löydä lohduttavia sanoja surevalle, eivätkä he koe kykenevänsä kohtaamaan läheistä ihmistä vaikka haluaisivat. Itsemurha herättää myös ahdistusta niin surevassa kuin ystäväissäkkin, mikä heidän voi olla vaikea kohdata. Usein ystävät unohtavat, ettei sureva henkilö kaipaa mitään suurieleisiä ilmauksia. Usein riittää pelkkä läsnäolo, lämmin halaus ja osanoton ilmaus. Surevaa on myös hyvä kuunnella, patistamatta kuitenkaan kertomaan tapahtuneesta. (Uusitalo 2007, 198.)

Surevalle usein riittää, että joku on läsnä. Kertoessaan kipeistä tuntemuksista, niin sureva kuin tuen antaja joutuvat kohtaamaan omia ahdistavia tunteita. Tärkeää on antaa tunteiden tulla kieltämättä niitä. Toisaalta sureva voi tarvi-

ta konkreettista apua, mistä he usein kieltäytyvät. Tällaista tukea on arkirutiineista selviytyminen, esimerkiksi riittävästä ravinnosta ja levosta huolehtimista. Sureva henkilö voi tarvita apua kaupassa käymiseen ja talouden piitoon. Ennen hautajaisia sureva tarvitsee myös apua hautajaisjärjestelyihin, mitä he usein saavatkin. (Uusitalo 2007, 198- 199.)

Hautajaisten jälkeen sureva jää kuitenkin usein yksin. Läheiset ihmiset haluavat antaa omaa aikaa ja yksityisyyttä surevalle. Usein kuitenkin on niin, että vasta hautajaisten jälkeen alkaa todellinen surutyö, koska käytännön järjestelyt ovat ohitse. Sureva saattaa lamaantua yksinäisyyteen, hän saattaa sulkeutua ympäristöltään ja jäädä kokonaan yksin. Eristäytyminen voi johtua surevan pelätessä ympäristön reaktiota ja tuomitsemista. Tärkeää onkin, ettei surevaa jätetä yksin, vaikka hän tuntuisi pärjäävän. Ystävien tulisi edelleen tarjota aikaansa ja olla läsnä. Tämä vaatii ystävältä kärsivällisyyttä, ja kykyä kuunnella ja keskustella silloin kun surevalle sopii. Toisaalta surussa rinnalla kulkevalta vaaditaan herkkyyttä huomata, milloin sureva haluaa olla yksin. Tärkeää on antaa tilaa kaikenlaisille surureaktioille. (Uusitalo 2007, 199- 200.)

3.2.2 Julkisen sektorin tuki

Suomessa on järjestetty hyvin paikallinen kriisiapu, vaikka puutteitakin pienillä paikkakunnilla on. Kriisiapua tarjoavat sosiaali- ja terveysalan henkilöistä kootut henkilöt. He tulevat kriisin tapahtuessa kotiin keskustelemaan. Ongelmana usein on se, että kriisiavun saaminen voi olla työläiden vaiheiden takana. Usein kriisiavun tarve jätetään surevan itsensä arvioitavaksi, jolloin sokissa oleva ihminen ei useinkaan pysty objektiivisesti arvioimaan tilannetta, ja tuloksena on kriisiavusta kieltäytyminen. Avun pyytäminen ei myöskään ole helppoa, jos on aina tottunut selviytymään ongelmistaan itsenäisesti. (Uusitalo 2007, 201.)

Myös hätäkeskuspäivystäjien tehtäviin voi kuulua psykososiaalisen tuen arviointi ja järjestäminen kriisitilanteessa. Hälytyksen saatuaan hänen tehtä-

viinsä kuuluu kertoa kriisiavusta ja kysyä mahdollista lupaa ilmoittaa kriisiryhmälle avun tarpeesta. Jos henkilö ei halua kriisiryhmää paikalle, hänet tulee ohjata paikalliseen terveyskeskuksen päivystykseen tai mielenterveys-toimistoon. (Uusitalo 2007, 202.)

Mielenterveystoimistot ovat yksi tärkeimmistä avun tarjoajista. Ongelmana ovat kuitenkin sinne olevat jonot, ja usein sinne vaaditaan terveyskeskuslääkärin lähete hoitoon pääsemiseksi. Nyky-yhteiskunnassa olisikin helpotettava ja madallettava mielenterveystoimistoon asiakkaaksi pääsyä. Yksi tärkeä väylä sureville olisi mielenterveystyöntekijöiden kotikäynnit, jota pitäisi tarjota itsemurhan tehneiden omaisille. Kaikki omaiset eivät halua kriisiryhmää paikalle, koska yhdelle luotettavalle henkilölle voi olla helpompi keskustella. Mielenterveystoimiston kautta pääsee myös hakemaan Kelan myöntämää kuntoutustukea psykoterapiaan. Psykoterapiaankin on melko vaikea päästä, eivätkä läheskään kaikki henkilöt tiedä tällaisesta avun mahdollisuudesta. Useissa terveyskeskuksissa on myös omia psykologeja, jonka kanssa voi mennä keskustelemaan yksin tai läheisen kanssa. (Uusitalo 2007, 202-203.)

3.2.3 Vertaistuki, sururyhmät ja seurakunnan tuki

Vertaisryhmät koostuvat itsemurhan tehneiden omaisista. Ryhmät ovat yleensä suljettuja, ja ryhmään ei oteta uusia jäseniä. Tämän vuoksi tarvittaessa tulee järjestää useampia ryhmiä. Osallistujia on yleensä noin kymmenen. Ryhmän ohjaajana on ammatti-ihminen, ja hänen lisäksi ohjaajana voi olla itsemurhan kokenut henkilö. Ohjaajattomassa ryhmässä ryhmä voi juuttua, eikä suruprosessia tapahdu. Vertaisryhmän ensimmäisellä tapaamisella sovitaan ryhmän tavoitteet ja yleiset sopimukset. Kokoontumiskertoja on yleensä 10- 15. Sen jälkeen pidetään taukoa, ja seurantatapaamisia on 1-2. (Heiskanen 2007, 128- 129.)

Vertaisryhmä sopii yleensä kaikille ihmisille. Poikkeuksena ovat henkilöt, joilla on kulunut tapahtuneesta liian lyhyt aika tai suruprosessi ei ole edennyt

siihen vaiheeseen, että pystyy sitä muiden kanssa käsittelemään. Toisinaan osallistujalla voi olla paljon elämässään vaiettuja ja kätkeytyä asioita, jotka vaikeuttavat hänen omaa prosessiaan. Nämä tilanteet ovat ohjaajallekin haastavia, ja heidän on tarvittaessa rohjettava ohjata henkilö muun avun piiriin, esimerkiksi mielenterveystoimistoon. (Heiskanen 2007, 128- 129.)

Ohjaamattoman ryhmän ongelmana voi olla juuttuminen suruun, mikä ruokkii itse itseään. Silloin jäädään surun vangiksi, eikä välttämättä kenestäkään ryhmäläisestä ole viemään prosessia eteenpäin. Ohjaajien tehtävänä on tukea surussa selviytymistä, ja ohjata ryhmää tulevaisuutta kohti. Ryhmän jäädessä suruun kiinni, voi tapahtua ryhmäläisten turhautumista, eivätkä he koe ryhmää turvalliseksi ja rakentavaksi. Myös jonkun ryhmässä olevan henkilön selviytymismalli voi muodostua muiden ryhmäläisten selviytymismalliksi, vaikka se ei sopisikaan kaikille. (Heiskanen 2007, 128.)

Lisäksi oma kokemus voi poiketa muiden kokemuksista niin paljon, että ei uskalla puhua siitä. Puhumista estää usein syyllisyys ja häpeä. Ohjaajan tehtävänä on vetää keskusteluun hiljaisemmatkin osallistujat, ja rohkaista heitä ketomaan kokemuksistaan. Ohjaajan on tärkeää ilmaista hyväksyntänsä jokaisen ryhmäläisen mielipiteille, sillä tämä lisää molemminpuolista luottamusta. Ohjaaja myös ohjaa keskustelun etenemistä sovituissa aiheissa, ja ryhmäläisten tulee puhua toisilleen, ei ohjaajalle. Ohjaajan tehtävänä on seurata prosessin etenemistä, ja tavoitteena on parempi tulevaisuus ja selviytyminen. (Heiskanen 2007, 130.)

Parhaimmillaan vertaisryhmä vahvistaa osallistujien selviytymistä ja selviytymisen tunnetta. Usealla ryhmään tulevalla on aluksi tunne, että ei selviä ja kykene puhumaan tapahtuneesta. Kokemus läheisen itsemurhasta voi olla vielä hajanainen, ja sille on vaikea löytää sanoja ja jäsentää asiaa. Vähitellen muiden kokemuksia kuullessa, yhdessä rakentaen se saa hahmon. (Heiskanen 2007, 128- 129.)

Vertaisryhmässä tuetaan osallistujia sopeutumaan elämäntilanteeseen, ja että kriisi on osa elämää. Vertaisryhmässä käsitellään menetystä ja tuetaan osallistujaa selviytymään arjesta. Jokainen osallistuja pääsee prosessoimaan mielessään voimavarojaan, ja niitä vahvistetaan ryhmässä. Luotta-

muksellisessa ja turvallisessa ryhmässä on tilaa jokaisen osallistujan tunteille ja ajatuksille. Siinä annetaan palautetta ja saadaan tukea. Toimivassa ryhmässä on hyvä olla, ja se antaa toivoa paremmasta huomisesta. (Suru-nauhalla sidotut 2007, 210, 218- 219.)

Kristillinen kirkko tarjoaa palvelujaan jokaisessa seurakunnassa. Usea Itse-murhan voi ehkäistä - kampanjaan vastannut sai lohtua ja turvaa uskonnosta, uskosta ja papin kanssa keskustelemisesta. Usko on myös toivon ja lohdun antaja. Toivoa antaa keskusteleminen papin kanssa elämän ja kuoleman asioista. Usko antaa tunteen elämän tarkoituksesta ja antaa voimaa selviytymään. Papilta saa synninpäästön ja uskoa siihen, että itse ei ole syyllinen tapahtumaan ja läheisellä on nyt hyvä olla. (Heiskanen 2007, 120-121.)

3.2.4 Paikallinen kriisipalvelu

Suomessa on kattava paikallisten kriisiryhmien verkosto, joka toimii pääosin terveyskeskusten yhteydessä. Suurin osa kunnista on organisoinut akuutit kriisipalvelut pääosin niin, että kunnassa toimii oma tai kuntayhtymän kriisiryhmä. Lisäksi maassa toimii 17 Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusta sekä muutama kunnallinen kriisikeskus. (Saari & Hynninen 2010, 44.)

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestäminen on lakisääteistä toimintaa. Palveluiden järjestämisessä on säädetty siten, että kunnan ja kuntayhtymien eri toimialoista vastaavat virastot ja laitokset huolehtivat tehtäväalueensa, keskinäisen työnjakonsa ja kuntia koskevan lainsäädännön mukaisesti yhteistoiminnassa muiden asiantuntijoiden kanssa psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisestä niille, jotka uhreina, uhrien omaisina tai pelastajina ovat joutuneet osallisiksi onnettomuuteen. (Saari & Hynninen 2010, 44.)

Akuutin kriisityön psykologiset tavoitteet ovat resilienssin eli psyykkisen kestävyyskyvyn, sitkeyden kehittäminen, itseluottamuksen ja arvostuksen ylläpitäminen ja tukeminen sekä järkyttävän kokemuksen integroitumisen käynnistäminen.

täminen ja edistäminen. Akuutin kriisityön yhteiskunnalliset tavoitteet ovat inhimillisen kärsimyksen vähentäminen, työ- ja toimintakyvyn edistäminen ja sairauspoissaolojen vähentäminen, lääkkeiden käytön tarpeen ja lääkekulujen vähentäminen, terveydenhuoltopalvelujen käytön vähentäminen sekä väliaikaisen tai pysyvän työkyvyttömyyden vähentäminen. (Saari & Hynninen 2010, 4-45.)

Sokkivaiheen psyykkistä ensiapua ensimmäisen vuorokauden aikana saa myös ottamalla yhteyttä SOS-kriisikeskuksen Valtakunnalliseen kriisipuhelimeen. Kriisiryhmään tai kriisikeskukseen saa yhteyden kotipaikkakunnan terveyskeskuksen tai poliisin kautta. Ensilinjan auttajien (poliisi, poliklinikkatyöntekijät) tehtävänä on tarjota kriisiapua kysymällä omaisilta ja järkyttävän tapahtuman kohdanneilta henkilöiltä lupaa antaa heidän yhteystietonsa kriisiryhmälle. Kriisiryhmän jäsen ottaa yhteyttä ja tarjoaa apua. Kouluissa kriisiapu järjestetään koulun psykososiaalisen oppilashuollon kautta (kriisiryhmä, kouluterveydenhoitaja, lääkäri, psykologi tai koulukuraattori). (Psyykinen ensiapu 2010, 1.)

Jatkoavun tarve selvitetään kriisi-istuntojen yhteydessä ja heidät ohjataan asianmukaiseen hoitoon, yleensä kriisi- tai traumaterapiaan. Jos avun tarve tulee ilmi vasta myöhemmin, hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon ohjaus voidaan tehdä terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa, kouluterveydenhuollossa ja lasten osalta myös perheneuvolassa. (Psyykinen ensiapu 2010, 1.)

Jos työstämis- ja käsittelyvaiheessa ei tarvita varsinaista terapiaa, vertaistuki on vartenotettava avun muoto. Seurakunnat järjestävät erilaisia sururyhmiä ja järjestöt vertaistukiryhmiä. Myös internetissä on löydettävissä monenmuotoista vertaistukea. (Psyykinen ensiapu 2010, 2.)

3.3 Liitot ja järjestöt

Psykososiaalinen tuki ja palvelut ovat moniammatillista toimintaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi useat kolmannen sektorin järjestöt ovat merkittäviä toimijatahoja. Avun tarjoajilla on varsin erilaisia ammatillisia taustoja ja koulutuksia. (STM 2009b, 23.)

Lainsäädännön mukaan kunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoittamisesta. Palvelut pitää järjestää asiakkaiden ja väestön tarpeiden perusteella vaikuttavalla ja tehokkaalla tavalla. Asiakkaan lisäksi mielenterveyspalveluissa on otettava huomioon myös hänen perheensä ja muiden läheisten tuen tarve. Aikuisten mielenterveyspalveluissa on aina arvioitava lasten tilanne ja tuen tarve. Niiltä osin kun palveluita ei järjestetä kunnallisena toimintana, kunta voi täydentää palvelujaan tekemällä strategiseen kumppanuuteen perustuvia sopimuksia kolmannen sektorin järjestämistä palveluista tai perustaa yhteistoimintaorganisaation yhdessä kolmannen sektorin järjestöjen kanssa. (STM 2009a, 27- 28.)

SPR on osa kansainvälistä Punaista Ristiä. Suomessa SPR:n osastojen henkisen tuen palvelut täydentävät muita palveluja. Koulutetut vapaaehtoiset toimivat henkisen tuen maallikkoauttajina yhteistyössä ammattilaisten kanssa. Ensihuollon hälytysryhmään kuuluvat vapaaehtoiset tarjoavat aineellista ja henkistä tukea onnettomuuksissa ja muissa erityistilanteissa muutaman ensimmäisen vuorokauden aikana. Ryhmän jäsenillä on ensihuollon peruskoulutus ja henkisen tuen jatkokoulutus. Ensihuollon hälytysryhmän on osa Vapaaehtoisen pelastuspalvelun (Vapepa) organisaatiota sekä hälytysjärjestelmää. SPR ohjaa myös Vapaaehtoisen pelastuspalvelun henkisen tuen ryhmien palveluja. (STM 2009b, 25.)

Suomen Mielenterveysseuran SOS-keskuksessa on auttamisketju traumaattisen tapahtuman ja/tai kriisin takia apua tarvitseville. Avun saamisen lähtökohtana on yhteydenottajan kokema tarve saada apua ja tukea. SOS-keskuksen valtakunnallinen kriisipuhelin tarjoaa välitöntä keskusteluapua puhelimitse melkein ympäri vuorokauden. Vastaajina toimivat kriisityöntekijät

sekä koulutetut vapaaehtoiset, joilla on valmius ohjata soittajaa eteenpäin hänen tarvitsemiinsa palveluihin. Kriisivastaanotto SOS-keskuksessa ja paikallisissa kriisikeskuksissa tarjoaa tukea kriisin alkuvaiheessa. (STM 2009b, 26.)

Suomen Mielenterveysseura ylläpitää myös verkkokriisikeskusta osoitteessa www.tukinet.fi. Tukinet tarjoaa kriisityöntekijöiden apua netin välityksellä suojatussa ympäristössä. Siellä on mahdollisuus henkilökohtaiseen tukisuhteeseen Net-tuessa. (STM 2009b, 26.)

Surunauha ry on järjestö, jonka tavoitteena on tukea itsemurhan tehneiden läheisten selviytymistä ja lisätä avoimuutta itsemurhasta puhuttaessa. Toiminta perustuu vertaistukeen. Yhdistyksen toiminta pyrkii tukemaan itsemurhan tehneiden läheisten selviytymistä ja eheytymistä. Pyrkimyksenä on myös ehkäistä heidän sairastumistaan, työkyvyttömyyttään ja syrjäytymistään. Itsemurhien ennaltaehkäiseminen on myös yksi tärkeä päämäärä. (Surunauha ry.)

Yhdistys järjestää vertaistukiryhmiä, pitää yllä vertaistukipuhelinta ja järjestää vuosittaisen jäsentapaamisen sekä julkaisee jäsentiedotetta. Lisäksi Surunauha ry järjestää yleisötapahtumia, tiedottaa, kouluttaa ja toimii asiantuntijana. Yhdistys toimii pääasiassa vapaaehtoisvoimin. (Surunauha ry.)

4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuden pohjalta, millaista tukea itsemurhan tehneen läheiset tarvitsevat itsemurhan jälkeen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on itsemurhan aiheuttaman surutyö?
2. Millaista tukea läheiset tarvitsevat itsemurhan jälkeen?

3. Millaisia ovat läheisten saamat kokemukset saamastaan tuesta?

Tavoitteena oli arvioida ja koota tietoa kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta Perusturvaliikelaitos Saarikalle, Saarijärven terveysaseman poliklinikalle, jotta siellä tuetaan paremmin itsemurhan tehneen henkilön läheisiä.

5. KIRJALLISUUSKATSAUS

5.1 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä

Kirjallisuuskatsaus tarkoittaa tutkitun tiedon systemaattista arviointia jonkin tarkan tutkimusongelman näkökulmasta. Katsaus luo perustan näyttöön perustuvalle toiminnalle. (Salanterä & Hupli 2003, 24.) Kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua ja yhdistetään tuloksia kattavasti jostakin rajatusta aiheesta. Katsauksen avulla voidaan koota, jäsentää ja arvioida järjestelmätöntä tutkimustietoa, joka on jo olemassa. Kirjallisuuskatsauksessa edetään ennalta määritetyn suunnitelman mukaisesti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37- 39.)

5.2 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Kirjallisuuskatsauksen vaiheisiin kuuluu tutkimussuunnitelman teko, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, alkuperäistutkimusten valinta, alkuperäistutkimusten laadun arviointi, alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39- 43.)

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on suunnittelu. Suunnittelu alkaa selkeän kysymyksen laatimisella eli ongelman määrittämisellä. Ensimmäi-

seksi tulisi miettiä tavoitetta, eli mihin tämän kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään. Seuraavaksi tavoitetta täsmennetään määrittelemällä, minkälaista vaikuttavuutta pyritään arvioimaan ja missä asiayhteydessä tämä vaikuttavuus ilmenee. Viimeisessä vaiheessa laaditaan täsmällinen tutkimusongelma, johon lähdetään kirjallisuuden avulla etsimään vastausta. (Salanterä & Hupli 2003, 25.)

Kirjallisuuskatsauksen teossa on tärkeää, että koko tutkitun tiedon hakuprosessi on etukäteen huolellisesti suunniteltu. Kun ongelma on täsmennetty, on vuorossa rajausten tekeminen. Rajausehtoja voivat olla mm. potilaiden ikä, auttamismenetelmien laatu ja kielirajaukset. Rajauksen suunnittelun jälkeen tulee pohtia, mistä tietoa haetaan ja mitä hakusanoja haussa tullaan käyttämään. Haun tavoitteena on mahdollisimman kattavasti löytää kaikki sellaiset tutkimukset, jotka käsittelevät kyseessä olevaa aihetta. Koko hakuprosessi on syytä dokumentoida, jotta se voidaan tarvittaessa toistaa. (Salanterä & Hupli 2003, 27.)

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien alkuperäistutkimusten valinta tapahtuu eri vaiheiden kautta. Valinta perustuu siihen, vastaavatko hakujen tuloksina saadut alkuperäistutkimukset asetettuja sisäänottokriteereitä. Aineiston analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata mahdollisimman kattavasti, ymmärrettävästi sekä selkeästi tutkimuskysymyksiin. Analyysitavan valintaa määrittävät tutkimuskysymykset, alkuperäistutkimusten luonne sekä niiden lukumäärä ja laatu. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41 - 43.)

Kirjallisuuskatsaus on luotettavimpia ja pätevimpiä tapoja yhdistää aiemmin hankittua tietoa. Sen avulla voidaan koota, jäsentää ja arvioida olemassa olevaa systematisoimatonta tutkimustietoa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 44.) Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi ovat molemmat monivaiheisia sekä lisäksi ne vaativat systemaattista ja kurinalaista työskentelyä. Tietoa voidaan hankkia eri lähteistä, mutta tarvitaan lähdekritiikkiä. Tutkimuksen ja sen avulla tuotetun tiedon arvioinnissa voidaan käyttää yleisiä kriteerejä, mutta lisäksi tarvitaan spesifisiä kriteereitä tutkimusasetelmasta riippuen. Tärkeintä on kuitenkin tutkijan asiantuntemus. (Salanterä & Hupli 2003, 38.)

5.3 Alkuperäistutkimusten haku

Lähdimme hakemaan tutkimuksia suomalaisesta tietokannasta LINDA. Ulkomaisista tietokannoista käytimme CINAHL-tietokantaa. Suomalaisessa tietokannassa käytimme hakusanoina sanoja: itsemurha, läheiset, perhe, omaiset, kriisi, suru sekä CINAHL- tietokannassa hakusanoja: suicide, suicidal, bereaved, bereavement, family, helping, support, care, grief. Haun kattavuutta lisäsimme käyttämällä suomalaisista sanoista sanojen katkaisua, esimerkiksi läheis-, omais-. Käytimme haussa sanoista myös erilaisia sanayhdistelmiä.

Linda- viitetietokannasta haimme artikkeleita ensiksi sanahaullla ``itsemurha, läheiset ja suru``. Rajauksena olivat gradut, kielenä suomi ja aikaväliltä 2000 vuoteen 2010. Viitteitä tuli kaksi. Molemmat viitteet olivat samasta tutkimuksesta, toinen kirjana ja toinen sähköisenä versiona. Otimme pro-gradun tutkimukseemme mukaan.

Seuraavaksi haimme tutkimuksia Linda- viitetietokannasta samoilla sanoilla, mutta rajauksena olivat väitöskirjat. Nyt viitteitä tuli kaksi kappaletta, molemmat samasta tutkimuksesta. Otimme väitöskirjan kirjallisuuskatsaukseemme mukaan. Tämän jälkeen haimme tutkimuksia sanoilla ``itsemurha ja perhe``. Hakuehtoina olivat gradut vuodesta 2000 vuoteen 2010. Viitteitä tuli taas kaksi kappaletta, jotka edelleen olivat samat tutkimukset. Tämän gradun otimme myös kirjallisuuskatsaukseemme. Lopuksi haimme väitöskirjoja sanoilla "itsemurha" ja "omaiset". Hakuehtoina olivat edelleen suomenkieli, vuodesta 2000 vuoteen 2010. Viitteitä tuli kolme, joista 2 viitettä olivat samasta väitöskirjasta, jonka olimme jo valinneet kirjallisuuskatsaukseemme mukaan. Lisäksi kolmannen väitöskirjan otimme myös mukaan kirjallisuuskatsaukseemme.

CINAHL-tietokannasta haut tutkimuskysymyksiin tehtiin mahdollisimman monipuolisesti eri hakusanoilla. Haut rajattiin vuosiksi 2000-2010 sekä koskemaan Peer reviewed (suom. vertaisarvioitu) viitteitä. Hakusanoina käytettiin suicide, suicidal, bereaved, family, grief, helping, support. Haussa suicide ja suicidal sanoihin yhdistettiin bereaved tai family sekä grief tai helping tai

support. Haussa sanat yhdistettiin and sanalla. Ensin suicide sanaan yhdistettiin muita sanoja: suicide, bereaved, grief yhteensä 21 viitettä, suicide family, grief 34, suicide, bereaved, helping 4, suicide, family, helping 11, suicide, bereaved, support 21, suicide, family, support 153. Seuraavaksi yhdistettiin suicidal sanaan muita sanoja: suicidal, bereaved, grief 2, suicidal, family, grief 6, suicidal, bereaved, helping 0, suicidal, family, helping 3, suicidal, bereaved, support 4, suicidal, family, support 75. CINAHL-haussa saatiin yhteensä 334 viitettä. Viitteistä käytiin läpi ainoastaan artikkeliviitteet, joista on käytettävissä sähköisessä muodossa kokoteksti (Full Text). CHINAL-tietokannasta valikoitui kirjallisuuskatsauksemme 2 englanninkielistä tieteellistä artikkelia.

Määrittelimme etukäteen joitakin valintakriteereitä, joiden perusteella valitsimme tutkimukset kirjallisuuskatsaukseen. Haku päätettiin rajata LINDAssa ja graduihin ja väitöskirjoihin. Lisäksi aikarajaus asetettiin vuosiksi 2000-2010. Mukaan työhömmme otimme ainoastaan artikkeliviitteet, joista on käytettävissä sähköisessä muodossa kokoteksti (Full Text). Tutkimuksen tuli myös olla suomen- tai englanninkielinen. Tutkimuksen tulisi myös vastata asettamaamme tutkimuskysymykseen. Tutkimuskysymyksemme on ”Itsemurhan tehneiden henkilöiden tukeminen itsemurhan jälkeen”, eli minkälaisista tukea omaiset ja läheiset tarvitsevat läheisen itsemurhan jälkeen. Aineistonkeruun aikataulusuunnitelman mukaan olemme saaneet kerättyä tutkimukset kirjallisuuskatsauksemme helmikuun puoleenväliin mennessä. Kirjallisuuskatsauksemme valitsimme yhteensä 4 tutkimusta, joista 2 oli pro gradua ja 2 väitöskirjaa. Lisäksi valitsimme kirjallisuuskatsauksemme 2 englanninkielistä tieteellistä artikkelia.

TAULUKKO 1. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan tulevat tutkimukset ja artikkelit

| | Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi | Tarkoitus/tavoite | Aineisto, aineiston keruu | Keskeiset tulokset |
|---|---|---|---|--|
| 1 | Fielden New Zealand 2003 | Tutkia ja tulkita perheenjäsenten elettyjä kokemuksia, kun he ovat kokeneet läheisen itsemurhan. | N= 6 Haastattelu | Perheenjäsenet tunsivat erilaisia reaktioita ja tunteita itsemurhasta. Ensireaktiona oli sokki. Lisäksi he tunsivat muun muassa häpeää ja syyllisyyttä tapahtuneesta. |
| 2 | Uusitalo Suomi 2006 | Tarkoitus selvittää millaiset välittömät jäljet itsemurha ja siihen liittyvät tapahtumat jättävät läheisten elämään, millaisia muotoja suru saa itsemurhamenetyksen yhteydessä sekä millaiset kokemukset tukevat jäljelle jääneiden sopeutumista ja toipumista. | N= 24 narratiivinen haastattelu | Haastateltavat ovat tyytymättömiä ammattiauttajilta saamaansa tukeen. Toipumista edistää hyvä sosiaalinen verkosto. Suru on yksilöllistä ja monimuotoista. Itsemurha aiheutti läheisille erilaisia reaktioita ja tunteita. |
| 3 | Henttonen Suomi 2007 | Kuvata itsemurhan tehneiden perheenjäsenten kokemuksia mahdollisimman alkuperäisenä ja tarkastella vertaistukiryhmän osuutta heidän selviytymisessään. | N= 8 vertaistukiryhmään osallistuneiden haastattelu | Omaiset jäävät usein vaille riittävästä tukesta omalta sosiaaliselta verkostoltaan. Ryhmään osallistuminen oli eheyttävä ja voimaannuttava kokemus. |

Taulukko jatkuu seuraavalle sivulle

Taulukko 1:n jatkoa edelliseltä sivulta

| | | | | |
|---|--------------------------------|--|---|--|
| 4 | Marjamäki Suomi 2007 | Kartoittaa itsemurhan tehneiden henkilöiden, parisuhteessa eläneiden puolisojen selviytymisprosessia. | N=31 lomakekysely N=21 haastattelu | Puolisot saivat parhaiten tukea perheeltään, lähiomailta ja lähimiltä ystäviltään. Puolisot olivat tyytymättömiä ammatiauttajilta saamaansa tukeen. |
| 5 | Laine Suomi 2009 | Kartoittaa itsemurhan tehneiden läheisille tarkoitetun internetissä toimivan keskustelupalstan sisältöä. | Noin puolen vuoden aikana palstalle kirjoitettiin 100 keskustelusta, joihin sisältyy 795 yksittäistä viestiä. | Internetissä toimiva keskustelupalsta koettiin tärkeänä vertaistuen antajana. Kirjoittajat kirjoittivat paljon lohdusta, jaksamisesta ja pohdittiin paljon miksi- kysymystä. |
| 6 | Left behind after suicide 2009 | Antaa tutkittua tietoa yleisölle itsemurhasta artikkeleiden pohjalta. | Koottu eri tutkimuksista | Itsemurha aiheuttaa läheisissä sokin tunteita. Lisäksi se aiheuttaa häpeää, eristäytymistä, leimautumista ja läheiset ovat itse vaarassa tehdä itsemurhan. |

6. TULOKSET

6.1 Millainen on itsemurhan aiheuttama surutyö?

6.1.1 Itsemurhan aiheuttamat reaktiot läheisissä

Itsemurha jättää jälkeensä joukon surevia ihmisiä, joten se ei ole milloinkaan yhden ihmisen tragedia. Lisäksi itsemurha jättää jäljelle paljon epätietoisuutta ja kysymyksiä, mitkä useimmiten alkavat sanalla *miksi*. Miksi - kysymysten tarkoituksena on löytää tapahtumalle vastauksia, mutta usein nämä kysymykset jäävät ilman vastauksia itsemurhan moninaisuuden vuoksi. Itsemurhan tehneistä vajaa kolmannes jättää jäähyväiskirjeen, mutta se saattaa herättää ahdistusta läheisissä. Syynä tähän on ajatus, että itsemurha tehdään harkitsematta, mutta kirje osoittaa harkittua päätöstä. (Henttonen 2007, 16.) Myös Laineen (2009,49) tutkimuksessa käy ilmi kirjoittajien pohtivan paljon miksi – kysymystä. Itsemurhan odottamattomuus, väkivaltaisuus ja yhtäkkisyys tekevät kuolemasta vaikean ymmärrettävän. Omaisilla ja läheisillä on suuri tarve löytää vastauksia tapahtuneelle, ja jäsenellä asiaa mielessä. (Left behind suicide 2009, 4; Fielden 2003.)

Psyykkisessä *sokkivaiheessa* esiintyy torjuntaa ja asian kieltämistä, jotka ovat tarpeellisia sopeutumiskeinoja tilanteeseen. Tämän tarkoituksena on suojata ihmistä sellaiselta tiedolta ja kokemukselta, mitä ei pystytä käsittelemään ja kestävänsä. (Henttonen 2007, 17.) Puolisot kuvasivat sokkia Marjamäen (2007, 67) tutkimuksessa. Itsemurhaa ei uskottu todeksi, puolisoille tuli paniikin, järkytyksen ja lamaannukseen tunteita. Viikon kuluttua poikansa itsemurhasta vanhempi kertoi sokistaan, että se tuntui kuin olisi ”pudonnut isoon, mustaan aukkoon”. Lisäksi olo tuntui ”huumaantuneelle” tai kuin ”olisi irtaantunut ruumiistaan”. (Fielden 2003.)

Marjamäen (2007, 116) tutkimuksessa kolme neljäsosaa puolisoista koki väsymystä itsemurhan jälkeisenä vuonna. Lisäksi puolisoilla esiintyi voimat-

tomuutta, ruokahaluttomuutta ja huonoa oloa. Lisäksi yli puolella tutkituista esiintyi univaikeuksia ja unettomuutta. (Marjamäki 2007, 116.) Tavanomaisia ovat myös muut somaattiset oireet, kuten vapina ja sydämentykytys. *Reaktiovaiheen* kesto on yleensä muutamasta viikosta muutamaan kuukauteen. (Henttonen 2007, 17.)

Myöhemmässä elämänvaiheessa puoliset ilmaisivat kuollutta puolisoaan kohtaan ymmärrystä ja armeliaisuutta. He myös kertoivat myös tiedostavansa surussaan tulevaisuuden, ja sen suunnittelun tärkeyden. (Marjamäki 2007, 69.)

6.1.2. Itsemurhan aiheuttamat tunteet läheisissä

Marjamäen (2007, 68) mukaan puolisoitten yleisin tuntema psyykkinen tuntemus oli ahdistus, jota esiintyi 84 %:lla puolisoista itsemurhan jälkeen. Toinen yleinen tuntemus oli masentuneisuus, jota esiintyi 74 %:lla tutkituista. Neljäsosalla puolisoilla oli katkeruuden ja vihan tunteita, ja nämä tuntemukset esiintyivät usein rinnatusten. Viha ja kiukku kohdistuivat itsemurhan tehnyttä puolisoa kohtaan, koska elossa oleva puoliso koki tulleen hylätyksi ja petetyksi. Joillekin puolisoille juuri hylätyksi tulemisen kokeminen oli vaikein asia itsemurhan jälkeen. Puoliso koki itsemurhan tehneen jättäneen hänet selviämään yksin esimerkiksi veloista. (Marjamäki 2007, 68.) Toisaalta Laineen tutkimuksen mukaan yksikään lapsensa menettänyt vanhempi ei kertonut kokevansa vihaa tai helpotusta itsemurhan tehnyttä lastaan kohtaan. Tämä voi johtua kulttuurisesta vaatimuksesta vanhempien rakkaudesta lastaan kohtaan, että vihan tunteita ei voida myöntää itselle, saati kirjoittaa niitä auki. Mahdollista on erilainen suhtautuminen omaan lapseen verrattuna muihin ihmissuhteisiin, että lasta kohtaan ei tunneta vihaa. (Laine 2009, 49-50.)

Kaikista puolisoista yli puolet koki syyllisyyttä ja kärsi itsesyytöksistä. Syyllisyyttä itsemurhasta koki muutama puoliso vielä 15 vuotta itsemurhan jälkeen. Syyllisyyttä pidetään normaalina tunteena psyykkisten traumojen jäl-

keen, mutta ennen kaikkea itsemurhan yhteydessä se on voimakkaampaa ja pitkäkestoisempaa kuin muissa traumaissa. (Marjamäki 2007, 117.) Laineen mukaan syyllisyyttä koettiin oman elämän jatkumisesta, ja hyvän olon tunteista. Erityisesti lapsensa menettäneet äidit kokivat syyllisyyttä oman elämän jatkumisesta, kun heidän lapsensakaan ei jaksanut siitä nauttia. Lapsen päätyessä itsemurhaan äidit kokivat myös epäonnistuneensa äitinä. Syyllisyyttä koetaan myös vihantunteista itsemurhan tehnyttä kohtaan. Lisäksi ongelmaisen puolison tehdessä itsemurhan, eloon jäänyt puoliso koki tapahtuneesta helpotusta, mutta helpotuksen tunne toi syyllisen olon. Lisäksi läheiset syyttivät itseään itsemurhasta. (Laine 2009, 34.) Myös Marjamäen (2007, 116) tutkimuksen mukaan itsemurhan tehneiden henkilöiden puoliset kokivat itsemurhasta helpotusta sekä stressi ja pelko loppuivat. Samalla henkilöt kokivat syyllisyyttä helpotuksen tunteesta.

Itsemurha toi myös esille läheisten keskinäisen syyttelyn tapahtuneesta. Fielden (2003) kuvaa tutkimuksessaan perhettä, jossa perheen isä syytti äitiä pojan itsemurhasta.

Itsemurha toi myös yli puolella puolisoista myönteisiä asioita elämäänsä. 58 % puolisoista kertoi elämän helpottuneen, oman itsen vahvistuneen, arvomaailman muuttuneen ja itsemurhan tuoneen konkreettisen elämän muutoksen. (Marjamäki 2007, 117.) Toisaalta itsemurhan tehneen omaiset toivoivat omaa kuolemaansa läheisensä tehdessä itsemurhan (Left behind after suicide 2009, 4).

Laineen (2009, 36) mukaan itsemurhan tehneiden läheisten keskustelupalstalla itsemurhan tehneen läheiset kirjoittivat paljon vihan, katkeruuden, syyllisyyden ja häpeän tunteista. Häpeän tunteista kirjoitettiin muutamissa kirjoituksissa. Häpeään liittyy hyvin läheisesti salailu. Itsemurhasta ei saa puhua, koska sitä ei tapahdu hyvissä perheissä. Myös Fieldenin (2003) artikkelissa tulee ilmi ihmisten kokema häpeä itsemurhasta. Itsemurhasta selviytyneet kokivat vaikeana itsemurhasta puhumisen, koska he kokivat että muut ihmiset eivät ymmärtäneet tapahtunutta. Marjamäen (2007, 117) mukaan vajaa puolet kyselyyn vastanneista kertoi kokeneensa häpeää itsemurhan jälkeisenä vuonna. Lisäksi häpeän tunne lisäsi eristäytymisen halua, jolloin puoli-

so ei kehdannut tavata muita ihmisiä. (Marjamäki 2007, 117; Left behind after suicide 2009, 4.)

Laineen (2009, 36) tutkimuksessa esiin nousi myös suru. Suru oli moninainen ja siihen liittyi voimakas henkinen kipu. Kipu oli kirjoittajien mukaan niin voimakasta, että voisi huutaa ääneen. Lisäksi suruun sairastutaan. Kirjoittajat toivoivatkin pystyvänsä itkemään, ja tällä tavoin purkamaan pahaa oloaan. Surun läsnä ollessa elämä tuntui myös maanpäälliseltä helvetiltä. Surua purettiin kirjoittamalla vertauskuvallisesti. Marjamäen (2007, 67) tutkimuksessa puoliset kuvasivat äärettömältä tuntuva surua ja sisäistä kipua. Lisäksi puoliset kuvasivat vaikeaa oloa ja kuin ”kerä olisi ollut rinnassa”. Myös Uusitalon (2006, 169) tutkimuksessa omaiset kuvasivat surua ja surutyötä. Osa tutkituista omaisista kertoi surutyön olevan vielä kesken, 30 vuoden jälkeenkin. Lisäksi osa tutkituista läheisistä koki, että ei koskaan selviydy menetyksestään.

Uusitalo (2006, 309- 312) on laatinut itsemurhan aiheuttamaa surua kuvaavan spektrin. Spektrin tarkoituksena on osoittaa jäljelle jääneiden tunteiden ja oireiden moninaisuus. Spektri tuo esille, että suru ei ole pelkästään yksi tunne. Suru jakautuu erilaisiksi tunteiksi, tarpeiksi ja reaktioiksi. Surun spektrin osa-alueet on käsiteltävä, jotta menetyksestä selviytyisi. Uusitalon mukaan itsemurhan aiheuttamaan suruun liittyvät menetyksen todentumiseen, turvattomuuteen, itsesuojelun aiheuttamat, psykososiaalisten reaktioiden ja elämän mielekkyyden kyseenalaistamisen tunteet sekä surun aiheuttamat fyysiset ja psykosomaattiset oireet.

Lisäksi Uusitalo (2006, 312) kuvaa surua yksilölliseksi ja monimuotoiseksi. Surukokemuksia ei ole kahta samanlaista, ja se lukemattomien reaktioiden variaatio. Surun muotoutumiseen vaikuttavat muun muassa jäljelle jääneen ikä, elämäkokemus, persoonalliset ominaisuudet, avun saanti ja selviytymiskeinot.

Henttosen (2007, 18) mukaan surun ainoa hoito on sureminen. Surutyössä kohdataan menetys ja sopeudutaan siihen. Sopeutumisvaiheessa työstetään menetystapahtumaa, maailmaa ilman menetettyä ihmistä ja yleensäkin kuollutta koskevia ajatuksia. Fieldenin (2003) tutkimuksessa läheiset työstivät

suruaan toisinaan yksin, hiljaisuudessa, mutta toisaalta heillä oli tarve kertoa läheisestään luotettaville henkilöille. Lisäksi menetetty henkilö oli muistoissa erityisesti syntymä- ja kuolinpäivänään sekä juhlapyhinä.

6.2 Millaista tukea läheiset tarvitsevat itsemurhan jälkeen?

6.2.1 Tuen muodot

Perheenjäsenen oman käden kautta tapahtuva kuolema on omaisille traumaattinen kriisi, joka aiheuttaa voimakkaita, normaalia elämää häiritseviä reaktioita. Tapahtumaan sopeutuminen edellyttää omaisilta menetyksen kohtaamista ja siihen liittyvien tunteiden työstämistä. (Henttonen 2007, 66.)

Ihmisen kohdatessa vastoinikäymisiä ja menetyksiä, sosiaalisten suhteiden ja saatavilla olevan tuen merkitys korostuu. Itsemurhan tehneen omaiset kokevat läheisiltä ja ympäristöltä saadun henkisen tuen erityisen merkitykselliseksi sopeutumisen kannalta. Omaiset joutuvat kuitenkin usein kohtaamaan menetyksensä ilman riittävää tukea omalta sosiaaliselta verkostoltaan. (Henttonen 2007, 66; Marjamäki 2007, 82; Uusitalo 2006, 325.)

Tavallisimmin sosiaaliselta verkostolta saatu tuki on vuorovaikutuksellista eli puhumista, kuuntelemista, läsnäoloa, välittämistä ja henkistä tukea. Myös arkipäivän tuki koetaan tärkeänä. Arkituki on tarpeen tapauksissa, joissa surija lamaantuu täysin tai hän käpertyy omaan suruunsa jaksamatta kiinnostua arjesta ympärillään. Taloudellinen tuki on tarpeen silloin, kun esimerkiksi lesken elämäntilanne muuttuu äkillisesti. Miesleski saattaa tarvita kasvatuksellista apua, jos hänelle jäi pieni lapsi tai pieniä lapsia. (Marjamäki 2007, 85- 86.)

Omaiset saavat yleensä riittävästi tukea omalta sosiaalisesta verkostoltaan välittömästi itsemurhan jälkeen, mutta tuki heikentyy sitä mukaan, mitä enemmän itsemurhasta kuluu aikaa. On tärkeää huomioida, että omaisten

tuen tarve ei pääty hautajaisiin, vaan tukea kaivataan tässä vaiheessa usein aikaisempaa enemmän. (Henttonen 2007, 66.)

Tuen heikentyminen liittyy läheisesti sosiaaliseen avuttomuuteen, jolla tarkoitetaan sosiaalisen verkoston kyvyttömyyttä tukea läheisen ihmisen itsemurhan kokenutta henkilöä häntä hyödyttävällä tavalla. Sosiaalinen avuttomuus ilmenee muun muassa kuolemasta puhumisen välttelynä, ”hyvinä” neuvoina (esim. ”Sinun täytyy unohtaa ja jatkaa elämää.”), merkityksettöminä huomautuksina (esim. ”Näin oli tarkoitettu”) sekä menehtyneen nimen välttelynä keskustelun aikana. Omaiset saattavat kokea ihmisten itsemurhaan liittyvät huomautukset ja kysymykset arvosteluna ja pahimmillaan jopa syyttelynä. Itsemurhaan johtaneiden syiden pohdiskelu saatetaan kokea usein omaan itseen kohdistuvana arvosteluna. (Henttonen 2007, 66- 67.)

Itsemurhan tehneen omaisten sopeutumista helpottaa sosiaalinen avoimuus. Sosiaalisella avoimuudella tarkoitetaan avointa ja rehellistä tapaa kertoa läheisen itsemurhasta muille ihmisille, mikä lisää todennäköisyyttä saada juuri kaivatunlaista tukea omalta sosiaaliselta verkostolta. Avoimuus edellyttää omaisilta kuitenkin voimia, joten he saattavat kokea vaikenemisen helpommaksi ratkaisuksi. He eivät puhu tapahtuneesta, vaikka puhumisen ja jakamisen tarve on valtava. Vaikenemisen seurauksena omaiset jäävät usein yksin surunsa, ikävänsä ja toivottomuutensa kanssa. Mikäli omainen pystyy kohtaamaan totuuden sellaisena kuin se on ja mikäli itsemurhaa on mahdollista käsitellä avoimesti, ovat sopeutumisen edellytyksetkin paremmat. (Henttonen 2007, 67; Uusitalo 2006, 328.)

Yksin jäämisen kokemus ilmenee parhaiten omaisten kokemana ulkopuolisuuden tunteena, joka syntyy havainnosta, että oma maailma on pysähtynyt paikoilleen muiden jatkaessa elämäänsä normaaliin tapaan. Arkisilla asioilla ei ole merkitystä ihmiselle, joka on juuri menettänyt itselleen rakkaan ihmisen, oman perheenjäsenensä, itsemurhan seurauksena. Omaisten yksin jäämisessä saattaa olla kyse myös yksin jättäytymisestä, eristäytymisestä, sillä omaisten on usein vaikeaa sopeutua normaaliin elämään, arkeen ja tavalliseen vuorovaikutukseen muiden ihmisten kanssa kokemansa kriisin jälkeen. (Henttonen 2007, 67.)

Mitä traumaattisemmasta menetyksestä on kysymys, sitä varmemmin sureva omainen tarvitsee ammattiapua tunteittensa tunnistamisen ja käsittelemisen tueksi. Arviolta noin 30 – 40 % ihmisistä ei kykene työstämään traumaattisia kokemuksia ilman ammattiapua. Tässä mielessä käsitys ajan haavoja parantavasta mahdista ei näyttäisi pitävän paikkaansa. Aika saattaa kylläkin aiheuttaa esimerkiksi sen, ettei menetyksen kokenut ihminen enää myöhemmin yhdistä kokemiaan fyysisiä tai psyykkisiä reaktioita aikojen jälkeen tapahtuneeseen traumaan. (Uusitalo 2006, 329.)

Ammattiavun helppo saatavuus ja surevan matala kynnyks hakeutua tarjolla olevan avun piiriin auttavat sopeutumista. Toisinaan ongelmaksi saattaa muodostua se, että psyykkisessä kriisissä olevat ihmiset kieltäytyvät avusta, vaikka sitä olisi saatavilla. Sokissa oleva ihminen kieltää helposti tuen tarpeellisuuden, koska hän ei tajua tilanteen ja sen vaikutusten laajuutta. Ammattiauttajan tulisi kuitenkin olla sitkeä ja tarjota tukeaan uudelleen myöhemmin. (Marjamäki 2007, 91; Uusitalo 2006, 329.)

Itsemurhakriisien yhteydessä korostuu oikein ajoitettu, lyhytaikainenkin tuki. Tukea tulisi tarjota omaisille aktiivisesti, sillä omaiset eivät aina itse osaa eivätkä jaksaa hakea apua, joskus omaiset eivät tiedä mistä tukea saa. Omaiset toivovat ammattiauttajien nimenomaan tarjoavan tukea, sillä yleensä omaisten voimavarat eivät riitä tuen hakemiseen. (Henttonen 2007, 67 – 68; Marjamäki 2007, 87.)

On oletettavaa, että mitä nopeammin traumaattista menetystä sureva pääsee työstämään traumaansa, sitä aikaisemmin on mahdollista myös erilaisen surureaktioiden käynnistyminen. Kriisiavun tarve pitäisi traumaattisissa kuolemantapauksissa aina nähdä itsestään selvänä, eikä avuntarvetta pidä jättää kriisissä olevan ihmisen itsensä arvioitavaksi. Moni saattaa ensijärkytyksen turtumuksessa kieltäytyä avusta ja vasta jälkeinpäin ymmärtää olleensa avun tarpeessa. Tuossa vaiheessa avun pyytäminen ei enää ole helppoa ihmiselle, joka on tottunut ehkä liikaakin selviytymään yksin ongelmiansa kanssa. (Uusitalo 2006, 334.)

Vuorovaikutuksellinen tuki on omaisille tärkeä tuen muoto. Omaiset haluavat jonkun, joka jaksaa kuunnella heitä ja keskustella heidän kanssaan, joka

tulisi katsomaan heitä ja kysymään heidän vointiaan. Tähän liittyy myös henkisen tuen tarve, esimerkiksi keskustelu papin kanssa. Omaiset toivovat myös, että joku toimisi ”linkkinä” heidän ja eri tukimuotojen välillä ja ohjaisi eteenpäin. (Marjamäki 2007, 89.)

Omaisten toivomat hoidolliset tuet ovat lääkeapu sekä terapia tarvittaessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmiltä he toivovat oikeanlaista asennoitumista, omaisten voinnin seurantaa ja tarvittaessa hoitoon ohjaamista. Omaiset toivovat myös arkipäivän tukea, kuten lastenhoitoa ja läsnäoloa. Omaiset mainitsevat lisäksi taloudellisen tuen yhteiskunnan taholta, koska perheen tilanne saattaa itsemurhan jälkeen muuttua ratkaisevasti. (Marjamäki 2007, 89 – 90.)

Itsemurhan tehneen omaiset hakevat ammattiapua useammin kuin muut läheisensä menettäneet. Omaisen kannattaa mennä terapeutille, joka on erikoistunut työskentelemään itsemurhan jälkeisen surun kanssa. Terapeutti pystyy tukemaan surijaa monella tavalla. Terapian avulla surija pystyy ymmärtämään kuoleman paremmin ja ymmärtämään niitä psyykkisiä ongelmia, joita itsemurhan tehneellä mahdollisesti oli. Terapiassa voidaan käydä myös läpi asiakkaan ja itsemurhan tehneen suhteeseen liittyviä avoimiksi jääneitä kysymyksiä. Keskustelu terapeutin kanssa auttaa omaista jaksamaan perheenjäsenten erilaisia reaktioita tapahtuneeseen, käymään läpi omaa yksilöllistä suruprosessia sekä selviämään posttraumaattisesta stressireaktiosta. (Left behind after suicide 2009, 5.)

Ammattiavun hakeminen heti itsemurhan jälkeen on erityisen hyödyllistä silloin, jos on lisääntynyttä masentuneisuutta tai aiempaa masennusta, posttraumaattisia stressihäiriön oireita, läheiset ovat haluttomia jatkamaan puhumista menetyksestä, on itsemurha-ajatuksia tai aikeita, on psyykkisiä oireita (esim. univaikeuksia, lisääntyvää riippuvuutta tupakasta tai alkoholista), on jumiutunut suruun tai on vaikea päästä eteenpäin suruprosessissa, epä-mukavuutta keskustella ongelmista, joita oli suhteessa kuolleeseen. (Left behind after suicide 2009, 5.)

Itsemurhan tehneen omaiset kokevat vertaistuen erityisen hyödylliseksi. Vertaistukiryhmät, jotka keskittyvät itsemurhaan ovat hyödyllisempiä kuin yleiset

sururyhmät. Omaiset, jotka voivat keskustella keskenään toisen henkilön kanssa, joka on menettänyt läheisen itsemurhan kautta, hyötyvät tästä keskustelusta. (Henttonen 2007, 68; Laine 2009, 52; Left behind after suicide 2009, 5; Marjamäki 2007, 84.)

Jotkut surijat pitävät tärkeänä, että ryhmä on koottu osallistujista, joilla on samanlainen sukulaisuussuhde itsemurhan tehneeseen eli vanhemmat puhuvat toisten vanhempien kanssa. (Henttonen 2007, 49; Left behind after suicide 2009, 5.) On myös hyödyllistä, jos vanhemmat ovat ryhmässä, jossa he voivat kuulla ihmisiä, jotka ovat menettäneet sisarensa. Näin he voivat oppia, miltä heidän lapsistaan tuntuu, kun heidän sisarensa on tehnyt itsemurhan. (Left behind after suicide 2009, 5.)

Vertaistukiryhmän vetäjä voi olla joko ammattilainen tai maallikko. Jos henkilö tuntee olonsa mukavaksi ja turvallisiksi ja pystyy näin avautumaan ja häntä ei tuomita, on sama, onko ryhmän vetäjä ammattilainen vai maallikko. Maallikkovetäjät ovat useimmiten itse kokeneet läheisen itsemurhan. (Left behind after suicide 2009, 5.)

Omaisille, jotka eivät pääse ryhmään tai eivät halua tavata muita ihmisiä, tarjoavat internetissä toimivat ryhmät hyvän vaihtoehdon. Internetin tarjoamat vertaistukiryhmät ovat lisääntyvä auttamismenetelmä. (Laine 2009, 52; Left behind after suicide 2009, 5.) Omaiset, jotka ovat masentuneita tai kokevat olevansa leimattuja, hakevat todennäköisemmin apua internetin ryhmistä. (Left behind after suicide 2009, 5.) Laineen (2009, 54) mukaan muiden samassa tilanteessa olevien uskotaan ymmärtävän ja jakavan samantlaiset tunteet eli samuuden tunne ryhmässä on lohdullinen. Sosiaalista leimautumista kokevalle surijalle on tärkeää huomata, ettei ole yksin normista poikkeavassa tilanteessa ja siihen liittyvässä häpeässä. Häpeä voi synnyttää kokemuksen siitä, ettei ole oikeutta puhua asiasta ja vaatia apua tai myötuntoa. Yhteisesti jaettu häpeä auttaa ilmaisemaan tunteita ja tarpeita avoimemmin.

Nettiyhteisössä kirjoittajat jakavat heti ensimmäisistä viesteistä alkaen hyvin arkaluontoisia ja kipeitä asioita. Anonyymius auttaa paljastamaan vaikeitakin asioita sekä se suojaaa mahdolliselta kasvojen menetykseltä, mikä kasvok-

kaisissa ryhmissä on riskinä paljastettaessa arkaluontoisia asioita itsestä. (Laine 2009, 54–55.)

Vertaistukiryhmään voi liittyä milloin vain; pian itsemurhan jälkeen tai milloin on valmis sosiaaliseen kanssakäymiseen. Ryhmään voi liittyä myös pitkän ajan kuluttua itsemurhasta, jos tuntee haluavansa tukea esimerkiksi loman aikana tai kuoleman vuosipäivänä. (Left behind after suicide 2009, 5.)

Itsemurhan tehneen omaiset tarvitsevat myös tiedollista tukea. He tarvitsevat tietoa itsemurhatapahtumasta ja itsemurhaan liittyvistä surureaktioista ja surutyöstä. Omaiset ovat epätietoisia omien tunteidensa oikeutuksesta ja kokevat, että oikea tieto auttaisi heitä hyväksymään itsensä ja olisi avuksi surun työstämisessä. Omaiset tarvitsevat tietoa auttamisjärjestelmistä, niiden yhteystiedot ja tietoa mahdollisuuksista käyttää niitä. Nämä tiedot omaiset tarvitsevat kirjallisena, jotta voivat tutustua siihen rauhassa ja palata asiaan myöhemmin. (Marjamäki 2007, 89; Uusitalo 2006, 335.)

6.2.2 Tukikanavat

Itsemurhan tehneen omaisten tärkeimpiä tukijoita ovat perhe, sukulaiset ja ystävät. Suurimmat toiveet ammattiauttajista kohdistuvat seurakuntaan ja sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Terveystenhuollosta omaiset toivovat tukea terveyskeskuksen omalääkäriltä ja terveyskeskuspsykologilta sekä professionaalista hoitoa somaattisen erikoissairaanhoidon ensiavusta. Terveystenhuollosta omaiset toivovat tukea myös mielenterveystoimistosta psykiatrisen hoidon muodossa. Sosiaalitoimesta kaivataan lastenhoitoapua ja päihdehuollosta jotkut omaiset kaipaavat A-klinikan tukea. Omaiset, joilla ei ole läheisiä ystäviä, kaipaavat erityisesti yhteiskunnan tukea. Poliisin rooli korostuu yhtenä tukikanavana, koska poliisi tulee tutkinnallisista syistä aina itsemurhapaikalle. Poliisi voisi toimia jatkotukeen ohjaavana tahona. (Marjamäki 2007, 88 -89.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut hätäkeskuspäivystäjille ohjeistuksen, jossa todetaan, että psykososiaalisen tuen tarpeen välitön arviointi kuu-

luu hätäkeskuspäivystäjän tehtäviin. Hänen tulee hälytyksen saatuaan kertoa asiakkaalle kriisipalvelun mahdollisuudesta sekä kysyä lupa ilmoittaa tapahtuneesta kriisiryhmälle. Kriisiryhmän päivystäjän vastuulla on päätös psykososiaalisen tuen järjestämisestä. Itsemurhatapauksissa tällainen tarve tulee pitää itsestään selvänä ja sitä tulee tarjota. Jos tukea ei ole voitu tarjota tässä vaiheessa, sen tulisi olla poliisien tehtävä. (Uusitalo 2006, 335.)

Kirkolla ja seurakunnalla on merkittävä rooli itsemurhamenetyistä surevien työstäessä kokemustaan. Omaisille olisi lohdullista kuulla armollisesta Jumalasta, joka on nähnyt myös itsemurhaan päätyneen ihmisen hädän ja tuskan. Useissa seurakunnissa järjestetään erillisiä sururyhmiä itsemurhan tehneiden omaisille sekä läheisille. Tällaisiin ryhmiin osallistuminen edellyttää sitä, että sureva omainen saa jostakin tiedon ryhmän olemassaolosta. Parhaiten tieto kulkisi, jos omaiset saisivat kutsun postitse. (Uusitalo 337.)

Omaisten tuki voi olla joko yksilöllistä tai ryhmämuotoista tukea ja tuen tarjoaja voi löytyä kunnalliselta, yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Esimerkiksi kolmannen sektorin järjestämät vertaistukiryhmät saattavat jäädä monelta surijalta huomaamatta tai he löytävät tiedon niistä sattumalta. Monet itsemurhan tehneiden omaiset jäävät vaille tukea, koska saatavilla olevasta tuesta ei tiedoteta riittävästi eikä riittävän näkyvästi. (Henttonen 2007, 67-69)

6.3 Miten läheiset ovat kokeneet saamansa tuen?

Itsemurhan tehneen omainen saa parhaan tuen läheisiltään eli perheeltään, lapsiltaan, vanhemmiltaan ja hyviltä ystäviltään. Omaisten saama tuki riippuu paljon heidän ja heidän perheensä elämäntilanteesta, lisäksi jokaisen omaisen sosiaalinen verkosto on erilainen. (Marjamäki 2007, 85.) Omaiset saavat riittävästi tukea omalta sosiaaliselta verkostoltaan välittömästi itsemurhan jälkeen, mutta tuki heikkenee sitä mukaa, mitä enemmän itsemurhasta kuluu aikaa. (Henttonen 2007, 66.)

Omaisten kokemukset ammattiavusta osoittavat, ettei tarjolla oleva apu ole aina sopivaa. Omaisten yhteistyö ei aina sujukaan ensimmäisen kohdalle osuneen terapeutin kanssa. Omaiselta vaaditaan melkoista tahdon ja luonteen lujuutta hakea uusi kuuliija tai saattaja, mikäli vuorovaikutus terapeutin kanssa ei toimi. Harva omainen on esimerkiksi tietoinen siitä, että on olemassa eri tavalla suuntautuneita terapeutteja. On eri asia olla psykoanalyttisesti suuntautuneen kuin ratkaisukeskeisesti suuntautuneen terapeutin vastaanotolla. Parhaan avun omainen saisi, jos hän tutustuisi erilaisiin terapiamuotoihin ja osaisi valita niistä itselleen sopivan. Koska näin tapahtuu harvoin, saattavat monet tyytyä ensimmäiseen, epäonnistuneeseen tai itselle sopimattomaan kokemukseen. Hyvää ammattitaitoa ja eettisyyttä osoittaisi, jos terapeutti ohjaisi asiakkaansa eteenpäin, jos tarjottu terapia ei sovellu kyseiseen tapaukseen. (Uusitalo 2006, 330.)

Itsemurhan tehneen omaisten mielestä mielenterveystoimistojen ammattihenkilöiden asennoitumisessa ja heidän antamassaan hoidossa on toivomisen varaa. Erityisesti on kysymys hoidon sisällöstä eli siitä, tulisiko hoitoon hakeutuneelle antaa lääkkeitä vai ”pelkkää” keskusteluapua. Omaisets kokevat myös hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksellisissa taidoissa parantamisen varaa. (Marjamäki 2007, 92.)

Omaisets toivovat myös perusterveydenhuollon eli terveyskeskuksien hoitohenkilöiltä asiallisempaa suhtautumista itseensä. Muutaman päivän sairausloman määrääminen ja muutaman rauhoittavan tabletin antaminen ei ole heidän mielestään riittävää tukea. (Marjamäki 2007, 92.)

Vertaistuki saa hyvin moninaisia merkityksiä osallistuvien omaisten keskuudessa. Yksi tärkeimmistä vertaistukikokemuksista kuvaavista merkityksistä on hiljaisen ja hyväksyvän ymmärryksen syntyminen vertaisten kesken. Omaa kokemustaan vasten omaisets ymmärtävät toistensa tunteita ja ajatuksia. Tässä on kyse empaattisesta ymmärryksestä, joka syntyy jakamalla omat kipeät kokemukset muiden kanssa. Ryhmässä ulkopuolisuuden tunne vaihtuu monen osallistujan kohdalla eheyttäväksi ja voimaannuttavaksi yhteenkuuluvuuden kokemukseksi. Vertaiset muodostavat ryhmän, johon kuuluminen antaa heille voimaa ja rohkaisee myös uskomaan siihen, että koke-

muksesta on mahdollista selvitä itse hengissä. Omaiset kokevat hyötyvänsä ryhmästä ja jaksavansa paremmin. (Henttonen 2007, 68 -69.)

Itsemurhan tehneiden omaisten tarve vertaistukeen on valtava. Internetissä toimivat vertaisryhmät ovat tärkeä kanava saada yhteys muihin saman kokeneisiin vertaisiin. Keskustelupalstalle on helppo tulla mukaan, vaikka kysymyksessä on kipeä ja häpeän värittävä asia. Palstalla voi lukea muiden tekstejä kirjoittamatta mitään itsestään. Jos kirjoittaa jotain palstalle, niin voi suojautua anonyymin nimimerkin taakse. Keskustelupalstalla omaiset saavat ymmärrystä ja hyväksyntää kohtalotovereiltaan. He saavat myös mahdollisuuden merkityksellistää omaa kokemustaan auttamalla muita. Parhaimmillaan virtuaalinen vertaistuki voimaannuttaa ja auttaa käsittelemään omia tunteita ja elämänmuutoksia. (Laine 2009, 56.)

7. POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Saaren (2003) ja Poijulan (2002) mukaan itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisten ensireaktio on sokki ja lamaannus. Henkilö voi kokea itsensä ja ympäristönsä oudoksi ja epätavalliseksi. Asia myös torjutaan mielestä. Tulokset ovat samansuuntaiset. Marjamäen (2007, 67) mukaan useat itsemurhan tehneiden puolisoista kuvasivat sokkia ja turtumusta. Asia tuntui epätoolliselle ja tapahtuma aiheutti järkytystä. Myös Fielden (2003) kuvaa sokkia ja huumaantunutta oloa.

Tulosten mukaan itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisten surun kokeminen ja suruprosessi ovat aina yksilöllisiä ja monimuotoisia. Surukokemuksia ei ole kahta samanlaista. (Uusitalo 2006, 312.) Myös Poijula (2002, 48) kuvaa surua ainutlaatuiseksi, ja vain sureva itse tietää miltä hänestä tuntuu. Myös Laine (2009, 36) kuvaa tutkimuksessaan surua moninaiseksi.

Poijulan (2002,18) mukaan surukokemukseen vaikuttavat surevan henkilön persoonallisuus ja aiemmat menetykset. Lisäksi surutyöhön vaikuttaa millaisista menetyksistä aiemmin on ollut kysymys ja miten niihin on saatu tukea. Uusitalo (2006, 312) kuvaa surukokemukseen vaikuttavan myös surevan henkilön persoonallisuuden ja tuen saannin. Toisaalta hänen mukaansa surukokemukseen vaikuttavat myös surevan henkilön selviytymiskeinot, ikä ja elämäkokemus. Lisäksi Henttosen (2007, 18) mukaan surun ainoa hoito on sureminen. Myös Poijula (2002, 11) toteaa kirjassaan suremisen olevan surun ainoa hoito.

Itsemurha herättää jäljelle jääneissä myös vaikeita tunteita ja tarpeita. Yleisimmät tunteet olivat masennus ja ahdistus. Lisäksi viha ja kiukku kohdistuivat itsemurhan tehneeseen henkilöön. (Marjamäki 2007, 68.) Myös Saaren (2003, 52- 53) mukaan itsemurha aiheuttaa surevissa henkilöissä monenlaisia tunteita, kuten vihaa, ahdistusta, häpeää ja syyllisyyttä. Lisäksi Poijulan (2002,43- 44) mukaan surevat henkilöt kokivat monenlaisia tunteita, kuten syyllisyyttä, häpeää ja ahdistusta. Laineen (2009, 36) tutkimuksessa itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisten keskustelupalstalla läheiset kirjoittivat paljon vihan, häpeän, katkeruuden ja syyllisyyden tunteista. Häpeään liittyi myös itsemurhan salailu ja siitä johtuva sosiaalinen eristäytyminen.

Traumaattinen kriisi aiheuttaa myös surijassa useita fyysisiä oireita. Yleensä fyysinen reagointi alkaa vapinalla. Muita yleisiä reaktioita ovat, sydämentykytys, pahoinvointi, lihassäryt, huimaus ja väsymys. Väsymys on sen kaltaista, ettei se mene nukkumalla ohitse. Lisäksi usealla henkilöllä on univaikeuksia tai liikaunisuutta. (Saari 2003, 55- 56.) Marjamäki (2007, 16) kuvaa tutkimuksessaan itsemurhan tehneiden henkilöiden puolisoilla ilmeneviä fyysisiä oireita. Yleisimmin ilmeni väsymystä tapahtuman jälkeen. Lisäksi ilmeni voimattomuutta, ruokahaluttomuutta ja huonoa oloa. Lisäksi puolelle tutkituista puolisoista ilmeni univaikeuksia. Henttonen (2007, 17) kuvaa fyysisinä oireina vapinaa ja sydämentykytystä.

Kriisin loppuvaiheessa menetys hyväksytään ja ajatukset siirtyvät tulevaisuuteen (Poijula, 48). Marjamäen (2007, 69) tutkimuksessa puoliset kuvasivat ymmärrystä asiaan ja armeliaisuutta itsemurhan tehnyttä puolisoa kohtaan.

Lisäksi he kertoivat tiedostavansa tulevaisuuden ja sen suunnittelun tärkeyden.

Poijula (2002, 11) toteaa kirjassaan, että menetys voi johtaa myös myönteisiin elämänmuutoksiin. Henkilön tehdessä surutyötään, hänellä on mahdollisuus laittaa elämänsä uudelleen tärkeysjärjestykseen, mikä voi lujittaa perhe- ja ystävyysuhteita. Myös Marjamäki (2007, 117) toteaa tutkimuksessaan itsemurhan tehneiden puolisoiden arvomaailman muuttuneen ja itsemurhan tuoneen konkreettisen elämänmuutoksen. Lisäksi puoliset kokivat oman itsen vahvistuneen ja elämän helpottuneen.

Itsemurhamenetykseen sopeutumisessa ja selviytymisessä on hyvin tärkeää läheisiltä ihmisiltä saatu tuki. Se ei kuitenkaan ole itsestäänselvyys. Usein ystävät ja tuttavat kaikkoavat hädän hetkellä. Syynä tähän on surevan kohtaaminen, mikä ei ole aina helppoa. Läheiset kokevat usein avuttomuutta ja hämmennystä kuolemasta. Itsemurha herättää myös ahdistusta niin surevassa kuin lähipiirissäkin, mikä heidän voi olla vaikea kohdata. (Uusitalo 2007, 198.)

Alkuperäistutkimuksessa Henttonen (2007, 66) toteaa, että itsemurhan tehneiden henkilöiden läheiset ovat kokeneet tärkeimmiksi tuen antajiksi oman sosiaalisen verkoston, kuten muut läheiset ihmiset ja omaiset. Omalta sosiaaliselta verkostolta saatu tuki on riittävää heti itsemurhan tapahduttua, mutta tuki heikkenee mitä enemmän tapahtumasta on kulunut aikaa. Pitäisikin muistaa, että tuen tarve ei lopu hautajaisiin, vaan usein se alkaa vasta siitä.

Henttosen (2007,67) ja Uusitalon (2006, 328.) mukaan sosiaalinen avoimuus helpottaa itsemurhan tehneen omaisten sopeutumista. Sosiaalinen avoimuus lisää todennäköisyyttä saada juuri kaivatunlaista tukea omalta sosiaaliselta verkostolta. Sosiaalisella avoimuudella tarkoitetaan avointa ja rehellistä tapaa kertoa läheisen itsemurhasta muille ihmisille.

Suomessa on kattava paikallisten kriisiryhmien verkosto. Psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestäminen on lakisääteistä toimintaa. Kunnan ja kuntayhtymien tulee järjestää yhteistoiminnassa muiden asiantuntijoiden kanssa psykososiaalinen tuki ja palvelut niille, jotka uhreina, uhrien omaisina tai pelastajina ovat joutuneet osallisiksi onnettomuuteen. Akuutilla kriisityöllä on

sekä psykologiset että yhteiskunnalliset tavoitteet. (Saari & Hynninen 2010, 44-45.)

Marjamäki (2007, 91) sekä Uusitalo (2006, 329) toteavat tutkimuksissaan, että ammattiavun helppo saatavuus ja surevan matala kynnyks hakeutua tarjolla olevan avun piiriin auttavat sopeutumista. Toisinaan ongelmana on se, että ihmiset kieltäytyvät tarjotusta avusta. Sokissa oleva ihminen kieltää helposti tuen tarpeellisuuden. Ammattiauttajan tulisi kuitenkin olla sitkeä ja tarjota tukea uudelleen. Myös Henttonen (2007, 67-68) sekä Marjamäki (2007, 87) toteavat, että tukea tulisi tarjota omaisille aktiivisesti, sillä omaiset eivät aina itse osaa eivätkä jaksa hakea apua eivätkä he aina tiedä mistä sitä haetaan.

Vertaistukiryhmät koostuvat itsemurhan tehneiden omaisista. Vertaisryhmä sopii yleensä kaikille ihmisille. Poikkeuksena ovat henkilöt, joilla on kulunut tapahtuneesta liian vähän aikaa tai suruprosessi ei ole edennyt siihen vaiheeseen, että pystyy sitä muiden kanssa käsittelemään. Surijalla voi myös olla paljon elämässään vaiettuja ja kätkeytyviä asioita, jotka vaikeuttavat hänen omaa prosessiaan. Nämä tilanteet ovat ryhmän vetäjälle haastavia ja tarvittaessa surija ohjataan muun avun piiriin. (Heiskanen 2007, 128-129.)

Tutkimusten (Henttonen 2007,68; Laine 2009, 52; Left behind after suicide 2009, 5; Marjamäki 2007, 84) mukaan omaiset kokevat vertaistuen erityisen hyödylliseksi. Omaiset hyötyvät, kun voivat keskustella muiden kanssa, jotka ovat kokeneet myös läheisen itsemurhan.

Netissä toimivat vertaistukiryhmät tarjoavat myös hyvän vaihtoehdon. Netityhteisössä kirjoittajat jakavat hyvin arkaluontoisia ja kipeitä asioita heti alusta alkaen. Anonyymius auttaa paljastamaan vaikeitakin asioita sekä suojaa mahdollisesta kasvojen menetykseltä, mikä kasvokkaisissa ryhmissä on riskinä. (Laine 2009, 54-55.)

Tärkeä esille noussut asia oli myös se, että läheiset eivät usein tienneet mistä tukea olisi voinut saada. Eli tukipalveluista tiedottaminen on hyvin puutteellista. Tiedottamista toivottiin nimenomaan kirjallisena, koska sokkivaiheessa oleva ihminen ei ole vastaanottavainen. Hän ei enää myöhemmin muista, mitä hänelle on kerrottu. Kun tiedot annetaan kirjallisena, surija voi

palata niihin myöhemmin, hänelle sopivalla hetkellä. (Marjamäki 2007, 89; Uusitalo 2006, 335.)

Tuen tarve voi joskus olla myös hyvin konkreettista. Jotkut läheiset toivoivat kodinhoitoapua, lastenhoitoapua sekä apua lasten kasvatukseen, varsinkin, jos leskeksi jäänyt oli mies. Myös taloudellinen tuki on joskus tarpeen. (Marjamäki 2007, 85-86.)

Tämän opinnäytetyön tekijöille tuli yllätyksenä ammattiauttajien tarjotun tuen merkityksettömyys suhteessa itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisiin. Tärkeää olisikin tulevaisuudessa kouluttaa terveydenhuollonhenkilökuntaa kohtaamaan itsemurhan kokenut henkilö, ja ohjaamaan heidät jatkohoitoon. Tämä oli myös yllättävää, että apua tarjottiin yleensä heti itsemurhan jälkeen, mutta ei enää uudelleen myöhemmässä vaiheessa, jos sureva oli siitä kieltäytynyt aiemmin. Siksi useat surevat jäivät surussaan yksin, ja kokivat virallisen avun riittämättömäksi. Toisaalta surevilla henkilöille ei ole tietoa siitä, että heillä olisi mahdollisuus mennä mielenterveystoimistoon puhumaan asiastaan ja mahdollisesti saamaan psykoterapiaa. Toisaalta kaikilla paikkakunnilla ei ole tarjota kriisiapua tällaisissa tilanteissa, mikä on mielestämme yllättävää Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista tulemme jatkotutkimuksena laatimaan oppaan itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisille, jossa on tietoa itsemurhasta. Oppaassa on tietoa itsemurhan riskitekijöistä, tekotavoista, itsemurhan aiheuttamasta kriisistä sekä suruprosessista, ja tuen tarjoajista. Oppaan tarkoituksena on muun muassa antaa sureville tietoa mistä pyytää apua itsemurhan kohdatessa. Jos sureva kieltäytyy itsemurhan jälkeen heti kriisiavusta, on surevalla mahdollisuus löytää kirjallisesta oppaasta jokin virallinen taho, mistä voi pyytää apua myöhemmin. Mielestämme myös itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisten tukemiseen tulee kiinnittää nykyistä enemmän huomiota, koska he itsessään ovat riskiryhmä, joka voi tehdä itsemurhan. Lisäksi on tärkeää soveltaa uusia keinoja ja tapoja katkaista vuosikymmeniä kestänyt sukupolvien tapa tehdä itsemurha.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin (Nieminen 2006, 216.) Kirjallisuuskatsauksessa menetelmät ja työtavat kuvataan täsmällisesti, jotta ne ovat toistettavissa sekä minimoidaan näin systemaattiset ja satunnaiset virheet. Katsauksessa kuvataan täsmällisesti käytetyt haku-strategiat, tutkimusten valinta- ja poissulkuperusteet, laadun arviointikriteerit, tiedon keruu ja yhdistäminen. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus on riippuvainen alkuperäistutkimusten laadusta, johon näin ollen pitää kiinnittää erityistä huomiota. (Pekkala 2000, 59.)

Lisäsimme opinnäytetyömme uskottavuutta tekemällä tiedonkeruu- ja analysointiprosessin yhdessä, joten aineisto saatiin kokoon kahden eri ihmisen pohdiskelun tuloksena. Lisäksi dokumentoimme tarkasti prosessin eri vaiheet. Haasteena olivat englanninkielisten tutkimusten analysointi. Lisäksi virhelähteenä voi olla sanahaun muodostamien, eli tiedon haku. Lisäksi tämän työn laadukkuus kärsii käyttäessämme rajauksena Full Textiä. Rajauksen ulkopuolelle voi jäädä laadukkaita tutkimuksia ja artikkeleita. Lisäksi tutkijat ovat kokemattomia, joten sisällönanalyysin luotettavuus voi heiketä. Lisäksi opinnäytetyö voi olla laadultaan suppea, koska itsemurhan tehneiden läheisistä on olemassa melko vähän uudempia tutkimuksia, joten tutkimusten määrä työssämme jäi melko vähäiseksi.

Laadullisessa tutkimuksessa eettiset kysymykset saavat omat erityispiirteensä. Eettisyyttä tutkimuksessa on tutkijan itsensä kehittäminen sekä tutkimustehtävien ja -menetelmien oikea valinta. Tutkijan tulee myös hakea ohjausta ja neuvoja, jos hän ei itse tiedä, kuinka toimia. (Vehviläinen-Julkunen. 2006.) Itse olemme käyneet ohjauskeskustelussa, jossa saimme hyviä neuvoja. Pystyimme myös saamaan jatkuvasti ohjeita ohjaavilta opettajiltamme. Tiedonhankinnassa ja tulosten tallentamisessa pyrimme tarkkuuteen, rehellisyyteen ja avoimuuteen, mikä lisää työn eettisyyttä. Lähdeviitteet merkitsimme asianmukaisella tavalla, joiden perusteella on mahdollisuus lukijan päästä ensisijaisen tiedon äärelle.

8. LÄHTEET

Fielden, J. 2003. Gried as a transformative experience: Weaving through different lifeworlds after a loved one has completed suicide. *International Journal of Mental Health Nursing* 12, 1, 74-85.

Heiskanen, M. 2007. Viimeinen ratkaisu. Helsinki. Hämeen kirjapaino. Viitattu 22.2.2011

Henttonen, J. 2007. Yhdessä eteenpäin. Fenomenologinen tutkimus ohjatun vertaistukiryhmän merkityksistä perheenjäsenen itsemurhasta selviytymisessä. Sosiaalityön pro - gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Viitattu 20.1.2011

Hiltunen, L., Partonen, T., Haukka, J. & Lönnqvist, J. 2009. Itsemurhakuolleisuuden käännekohtat Suomessa 1947- 2006. *Duodecim-lehti*. Viitattu 22.2.2011 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtiha-ku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98256&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Huttunen, M. 23.7.2010. Traumaperäinen stressihäiriö. *Terveyskirjasto*. Viitattu 6.5.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00526

Itsemurhan tehneiden läheiset ry. 11.10. 2010. Itsemurha Suomessa. Viitattu 23.2.2011 http://www.itsemurhantehneidenlaheiset.net/itsuomes_li.html

Kriisikeskus Mobile. Viitattu 7.5.2011. <http://www.kriisikeskusmobile.fi/etusivu.html>

Kuolemansyyt vuonna 2009. 22.2.2011. Tilastokeskus. Viitattu 24.4. 2011 http://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt_2009_01_2011-02-22_kat_002_fi.html?tulosta

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18, 1, 37-45.

Laine, S. 2009. Äitien surulliset tarinat. Vertaistuki itsemurhan tehneiden läheisten keskustelupalstalla. Pro - gradu. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Viitattu 20.3. 2011

Left behind after suicide. 2009. *Harvard Women`s health watch* 16, 11, 4-6.

Lönnqvist, J. 2005. Itsemurhat. *Terveyskirjasto*. Viitattu 24.2.2011 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00029

Lönnqvist, J. 2009. Itsemurhat. *Terveyskirjasto*. Viitattu 23.2.2011 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00158

Lönnqvist, J.2.2.2011. Itsemurhan jälkihoito. Terveyskirjasto. Viitattu 25.4.2011

http://www.ilmarinen.fi/tyoterveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=mas00246

Marjamäki, M. 2007. Seurantatutkimus itsemurhan tehneiden henkilöiden puolisoiden selviytymisprosessista. Väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku. Painosalama Oy. Viitattu 23.2.2011

Mitä itsetuhoisuudella tarkoitetaan? 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.2.2011

http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/mao/mielenterveystietoa/nuorten_itsetu_hokayttaytyminen

Naukkarinen, H. 2008. Itsetuhoisuus ja itsemurhat. Mielenterveyden ensiapu. Vaasa-opisto. Viitattu 23.2.2011

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1. – 4. p. Helsinki: WSOY.

Pekkala, E. 2001. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2001. Helsinki: Tammi.

Pojjula, S. 2002. Surutyö. Helsinki. Kirjapaja Oy. Viitattu 5.5.2011

Psykinen ensiapu. 2010. Mistä apua kriisitilanteisiin? Terveyskirjasto. Viitattu 5.3.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00132&p_teos=onn&p_selaus=10196

Saari, S. 2003. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy. Viitattu 5.5.2011

Saari, S. & Hynninen, T. 2010. Kuvaus Suomessa tehtävästä psykologisesta auttamisesta akuuteissa kriiseissä ja traumaattisissa tilanteissa. Psykologia. 45, 1, 43-50.

Saari, P., Hintikka, J., Lehtonen, J & Lönnqvist, J. 2001. Läheisen itsemurhaan sopeutuminen. Terveyskirjasto. Viitattu 25.4.2011

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00092&p_teos=onn&p_selaus=

Salanterä, S. & Hupli, M. 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Toim. S. Lauri. 1. p. Helsinki: WSOY.

Solomon, A. 2002. Keskipäivän demoni. Masennuksen atlas. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Viitattu 20.1.2011

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009a. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Viitattu 6.3.2011

<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009b. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Työryhmän muistio. Viitattu 4.3.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10312.pdf

Suomen mielenterveysseura ry. 2008. Itsensä vahingoittaminen ja itsetuhoisuus. Viitattu 23.2.2011

https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmpl?id=572

Suomen mielenterveysseura ry. 2008. Itsetuhoisuus –itsemurhan taustalla olevia asioita. Viitattu 23.2.2011

https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmpl?id=569;paluu=1

Suomen mielenterveysseura ry. 2008. Itsetuhoisuus- itsemurha-ajatukset. Viitattu 23.2.2011

https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmpl?id=565;paluu=1

Surunauha ry. Viitattu 4.3.2011.

<http://www.itsemurhantehneidenlaheiset.net/ittelary.html>

Surunauhalla sidotut. 2007. Toim. S. Forsström., R. Franski & R. Tamminen. Helsinki. WSOY. Viitattu 22.2.2011

Uusitalo, T. 2006. Miten päästä yli mahdottoman? – Narratiivinen tutkimus itsemurhamenetyksistä. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Rovaniemi. Lapin yliopistopaino. Viitattu 20.2.2011

Uusitalo, T. 2007. Yli mahdottoman. Helsinki. Edita Prima Oy. Viitattu 23.2.2011

Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1. – 4. p. Helsinki: WSOY.